UNIVERSITÉ DE PARIS. — FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 1904 — N° 50

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 23 Novembre 1904, à 1 heure.

PAR

Bertrand de NEVREZÉ
Ancien externe des Hôpitaux de Paris
Ancien interne des Asiles de Paris

TRAVAIL DU LABORATOIRE DE LARIBOISIÈRE (Service du Dr SEBILEAU)

LES SUPPURATIONS CHRONIQUES DU SINUS MAXILLAIRE

LEUR TRAITEMENT PAR LA MÉTHODE ENDO-BUCCALE De SEBILEAU

Président. . .	M. TERRIER, *professeur.*
Juges	MM. PINARD, *professeur*
	LEGUEU, *agrégé*
	WALLICH, *agrégé.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

LAVAL
L. BARNÉOUD & Cie, IMPRIMEURS
8, RUE RICORDAINE

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	**MM.**
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	A. GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	BERGER.
Pharmacologie et matière médicale	G. POUCHET.
Thérapeutique	M. N.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie comparée et expérimentale	CHANTEMESSE
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladie des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	TERRIER. DUPLAY LE DENTU. TILLAUX.
Clinique ophthalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	PINARD. BUDIN.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEGRY.	TEISSIER
AUVRAY.	FAURE.	LEGUEU.	THIERRY.
BEZANÇON.	GILLES de la TOURETTE	LEPAGE.	THIROLOIX.
BONNAIRE.	GOSSET.	MARION.	THOINOT.
BROCA, AUG.	GOUGET.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BROCA, ANDRÉ.	GUIART.	MERY.	WALLICH.
CHASSEVANT.	HARTMANN.	POTOCKI.	WALTHER.
CUNEO.	JEANSELME.	REMY.	WIDAL.
DEMELIN.	LANGLOIS.	RENON	WURTZ.
DESGREZ.	LAUNOIS.	RICHAUD.	

Chef des travaux anatomiques : M. RIEFFEL, agrégé.

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES MAITRES

MONSIEUR LE Dr P. SEBILEAU,
Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière.

MONSIEUR LE Dr VAQUEZ,
Médecin de l'Hôpital St-Antoine.

MONSIEUR LE Dr DANLOS,
Médecin de l'Hôpital St-Louis.

MONSIEUR LE Dr MACÉ,
Accoucheur des Hôpitaux.

MONSIEUR LE Dr RODIER,
Chef du Service dentaire de Lariboisière.

MONSIEUR LE Dr TAGUET,
Médecin de l'Asile de Maison Blanche.

A LA MÉMOIRE DE MES PARENTS

A MES AMIS

A mon Président de thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR TERRIER.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/lessuppurationsc0000vari

A mes maîtres dans les Hôpitaux et Asiles de Paris.

Qu'il nous soit ici permis de remercier M. le docteur Sebileau qui, pendant deux ans et demi, a été pour nous le maître le plus bienveillant et le plus ouvert. Il n'a cessé de nous encourager dans nos recherches sur la pathologie des lésions dentaires et peri-dentaires dont son service est si particulièrement riche et si prodigieusement fourni.

Nous nous rappellerons toujours ces deux années d'externat passées auprès de lui comme les plus fécondes et les plus heureuses de notre vie d'études, jusqu'à présent.

Nous remercions également MM. les docteurs Rodier et Capdepont qui guidèrent nos premiers pas, alors qu'hésitant nous nous destinions déjà aux études stomatologiques. Nous n'en sommes plus à compter les preuves de leur obligeance et nous sommes heureux de l'occasion qui s'offre à nous de leur en témoigner toute notre gratitude.

Nous remercions également MM. les docteurs Combe et Chompret dont nous gardons le meilleur souvenir lors de notre passage au service de Saint-Louis.

Notre maître le docteur Danlos, de l'Hôpital Saint-Louis, nous a initié à toutes les manifestations buccales des dermatoses ; qu'il nous soit permis, en nous rappelant à son bon souvenir, de le remercier aussi.

Ce fut notre maître le docteur Vaquez qui, pendant notre première année d'externat, nous donna les principes de médecine générale. Nous avons conservé de ses leçons le plus précieux souvenir.

Enfin nous ne pouvons oublier notre oncle, le docteur André Champrigaud, dont la bienveillance toute paternelle et l'affection dévouée, en rendant notre existence moins solitaire et aussi notre vie matérielle moins pénible, nous ont permis d'arriver ainsi, dans d'excellentes conditions, à la fin de nos études médicales.

Remercions enfin notre maître dans les Asiles de Paris, le docteur Taguet, dont nous sommes actuellement l'interne, de la grande liberté qu'il nous a laissée dans son service, pour mener à bien les recherches nécessitées par notre thèse.

AVANT-PROPOS

J'apporte dans cette thèse soixante observations inédites prises dans le service de mon maître M. le Dr Sebileau.

Ces soixante observations se rapportent à des malades atteints de suppurations du sinus plus ou moins invétérées.

Ces malades ont tous été opérés, ils ont tous guéri. Mais ils ont guéri au bout d'un temps variable et d'une manière différente.

Et comme j'ai pu, sur le conseil de mon maître, les suivre pendant des mois et des années, je veux simplement comparer l'une à l'autre, dans les résultats qu'elles ont donnés, les deux méthodes, endo-nasale et endo-buccale, qui leur ont été appliquées.

Tel sera l'objet de cette thèse.

Aperçu général sur les suppurations du sinus maxillaire

On divise généralement les suppurations du sinus maxillaire en deux groupes :

Empyèmes, d'origine extrinsèque par rapport au sinus, et sinusites d'origine intrinsèque.

Quoique cette classification dans le sens où elle est donnée d'habitude ne réponde en rien à la réalité des faits, et ne peuve en aucune manière servir à une classification thérapeutique raisonnable, nous l'acceptons momentanément pour établir l'étiologie des dites suppurations.

Parmi les causes qui occasionnent les suppurations du sinus maxillaire, nous distinguerons immédiatement deux groupes de faits :

1° Les causes intrinsèques qui comprennent :

L'ostéomyélite, le cancer, la tuberculose, etc. du sinus ;

2° Les causes extrinsèques que nous diviserons en :

Causes directes qui comprennent :

Les plaies du sinus ;

Les corps étrangers du sinus ;

Et causes indirectes qui comprennent :

Les lésions nasales ;

Les lésions dentaires ;

Les lésions dues à des suppurations voisines.

Ces dernières causes sont de deux ordres principaux (1) :

1° Des causes nasales qui déterminent :

Des empyèmes d'origine nasale ou empyèmes maxillo-nasaux ;

Des sinusites d'origine nasale ou sinusites maxillo-nasales.

2° Des causes dentaires qui déterminent :

Des empyèmes d'origine dentaire ou empyèmes maxillo-dentaires ;

Des sinusites d'origine dentaire ou sinusites maxillo-dentaires.

Quoi qu'il en soit de cette classification étiologique, nous devons dire que les empyèmes d'origine nasale et que les empyèmes d'origine dentaire peuvent eux aussi déterminer, par la présence même du pus dans l'autre, des sinusites que nous appellerons sinusites maxillo-pyorrhéiques.

D'où trois formes de sinusites d'après leurs causes occasionnelles :

1° Sinusites maxillo-nasales ;

1. Nous avons essayé, dans le graphique ci-après (p. 8) d'extérioriser la fréquence des dites causes (nasales et dentaires). Cette double courbe n'est qu'une impression fondée sur les recherches que nous avons faites. Elle n'a encore rien de définitif.

2° Sinusites maxillo-dentaires ;

3° Sinusites maxillo-pyorrhéiques.

Au point de vue thérapeutique, comme nous l'avons dit, cette classification n'est pas acceptable. Il ne s'agit pas de savoir si le pus qui remplit le sinus maxillaire s'est formé lentement par altération progressive de la muqueuse ou y a fait irruption, venant du voisinage.

En fait, la présence du pus dans la cavité ne tarde pas à provoquer sur la muqueuse des altérations qui font, qu'au bout d'un certain temps, les lésions réactionnelles de la muqueuse sont identiques et comparables.

En fait et chirurgicalement, il n'y a pour nous que deux sortes de suppurations du sinus et la différence qui les sépare vient, sans aucun doute, de leur plus ou moins grande ancienneté. Ce sont : 1° les suppurations récentes ; 2° les suppurations anciennes.

Dans les premières, les lésions sont nulles ou insignifiantes.

Dans les secondes, la muqueuse est dégénérée et couverte de fongosités.

Les suppurations du sinus *récentes* guérissent presque toujours, soit spontanément, soit à la suite d'application de traitements simples qu'emploient, suivant les cas, les rhinologistes ou les praticiens de l'art dentaire.

Il m'a été donné d'en voir un grand nombre ; elles ne m'occuperont pas ici.

Seules, les sinusites *anciennes*, sinusites à fongosités, contre lesquelles on a déjà employé tous les traitements ordinaires précités et cela, sans efficacité, sont justiciables de l'intervention chirurgicale dite « *cure radicale.* »

Seules elles m'occuperont ici.

La condition essentielle de guérison est que le curetage de toute la muqueuse du sinus soit accompli d'une façon parfaite.

Une première nécessité en résulte, c'est l'obligation pour le chirurgien de faire dans une des parois du sinus une large brèche pour y voir clair, et y opérer à son aise.

Aujourd'hui, et sans faire intervenir aucune question d'his-

torique, deux procédés opératoires se trouvent face à face, l'un consiste à faire une large brèche dans la fosse canine et le curetage terminé à livrer la cavité sinusale aux soins du travail naturel de cicatrisation après communication bucco-sinusale.

L'autre, après avoir fait cette même brèche de curetage, consiste à trouer la paroi nasale du sinus, à refermer ensuite la première brèche par suture, enfin à livrer au travail de cicatrisation naturelle la cavité de l'antre communiquant ainsi avec la fosse nasale.

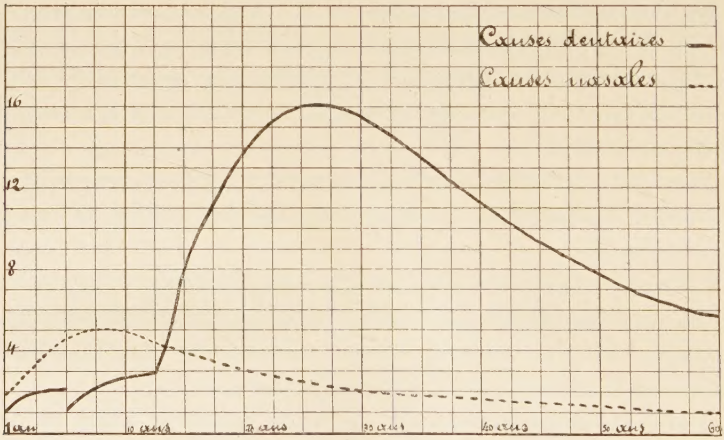

Tableau de fréquence des sinusites maxillo-nasales et maxillo-dentaires. La courbe des sinusites maxillo-nasales a son maximum entre 3 et 5 ans, l'autre atteint son point culminant entre 20 et 30 ans.

Le premier procédé, imaginé par Larmorier et Desault, mais tout à fait modifié par mon maître M. Sebileau, et rajeuni aussi dans son traitement post-opératoire, n'est guère employé en France que par lui.

Il est encore en Allemagne le procédé de choix.

Le deuxième procédé appartient, semble-t-il, au Dr Caldwell. On peut dire qu'il est employé aujourd'hui par tous les rhinologistes en France, où il a été surtout préconisé par le Dr Luc.

Nous décrirons successivement le manuel opératoire de ces deux méthodes, leurs suites et leurs résultats.

De la comparaison de ces dernières, nous tirerons nos conclusions.

Ce travail n'est ici qu'un prélude, de nouveaux faits, de nouvelles observations seront nécessaires pour donner à nos conclusions un caractère vraiment définitif et scientifique.

Traitement des suppurations du sinus maxillaire

Sans vouloir rentrer dans le détail de l'histoire du traitement des suppurations de l'antre, nous voyons que deux points ont toujours préoccupé les chirurgiens au plus haut degré :

1° Le choix d'une voie de pénétration ;

2° La fermeture de l'orifice opératoire.

Or, nous savons que les rapports anatomiques permettent d'aborder le sinus par deux voies distinctes :

1° Voie endo-buccale ;

2° Voie endo-nasale ; d'où deux méthodes qui devraient être bien distinctes dans leurs indications et dans leurs résultats

Historique

La voie endo-buccale a fait naître d'une part :

1° Une méthode conservative (ouverture alvéolaire) — Cooper ;

2° Une méthode de cure radicale (Desault), ouverture par la fosse canine, récemment modifiée et dans sa technique, ses indications et ses résultats par Sebileau.

La voie endo-nasale a également donné aux spécialistes :

1° Une méthode conservative (ponction du méat inférieur) ;

2° Deux méthodes de cure radicale (ouverture dans la fosse nasale).

Procédé de Caldwell-Luc (avec ouverture de la fosse canine suivie de suture de la plaie bucco-sinusale).

Procédé de Claoué (sans ouverture de la fosse canine).

a) Pour le choix de la voie opératoire, on peut dire que ces deux méthodes, endo-nasale et endo-buccale, se partagent chacune la faveur des auteurs qui pour tous les cas, souvent, ne pratiquent qu'une seule méthode à l'exclusion systématique de l'autre.

C'est ainsi que l'on a voulu faire de l'opération de Caldwell-Luc une opération universelle s'appliquant à tous les cas. Or, il ne peut logiquement en être ainsi. Il y a dans toute méthode des indications. Elles sont relatives ou elles sont absolues suivant les cas.

La méthode endo-buccale a de nombreuses indications absolues, à l'inverse de la méthode endo-nasale.

Nous étudierons dans un court chapitre de physiologie pathologique les conditions de réparation des plaies de la bouche et du nez.

Nous en déduirons quelques indications utiles dans le choix de l'une ou l'autre méthode.

Ensuite, nous passerons à la simple énumération des différentes méthodes conservatives sans en donner les résultats.

Enfin, la description des cures radicales et leurs résultats termineront cet important chapitre de thérapeutique chirurgicale.

b) Quant à la fermeture de l'orifice opératoire, elle est subordonnée au choix de la méthode de cure radicale.

Nous étudierons son mécanisme avec les résultats de ces méthodes radicales.

Essai de physiologie pathologique endo-buccale et endo-nasale

L'état biologique du sinus se modifie évidemment suivant qu'il communique dans le nez ou dans la bouche.

Du jour où le sinus communique largement et pendant un certain temps avec la bouche, il emprunte à cette dernière son équilibre biologique (1), et s'y adapte rapidement.

« Le milieu nasal est représenté par le mucus nasal, l'appareil lymphoïde, les amas de cellules lymphatiques, le polymicrobisme nasal.

« Le milieu buccal est représenté d'autre part par les mêmes éléments : mucus buccal, appareil lymphoïde et amas de cellules lymphatiques, polymicrobisme buccal.

« Mais ces mêmes éléments sont augmentés d'un facteur des plus importants, la salive mixte.

« Or, les rapports de ces éléments dans leurs relations biologiques nous permettent d'admettre que le milieu nasal et le milieu buccal sont composés d'éléments antagonistes; on voit en effet que cet antagonisme vital est représenté, d'une part par un élément offensif, le polymicrobisme buccal ou nasal, d'autre part par un élément défensif, les leucocytes de la salive ou le mucus nasal » (Lebedenski).

Il existe donc, à l'état physiologique, un équilibre biologique dans les milieux buccal et nasal.

1. Lebedensky. Arch. de stomatologie, 1900.

A. — Dans la bouche

A priori, on peut déduire la qualité de l'élément défensif d'après la virulence de l'élément offensif.

La présence de cet important facteur supplémentaire qu'est la salive n'implique-t-elle pas aussi l'importance des éléments microbiens de la bouche, qui sont infiniment plus redoutables que dans le nez?

Or, on peut en conclure immédiatement que le mucus nasal, ayant un antagoniste offensif moins virulent, possède des propriétés défensives infiniment moins actives que la salive.

Nous savons d'autre part que les propriétés défensives de cette dernière sont augmentées considérablement par une propriété particulière, la chimiotaxie positive, bien connue à l'heure actuelle, qui n'a d'autre but que de perfectionner l'action bactéricide des éléments lymphoïdes.

Il résulte de ces faits, une extraordinaire rapidité de restauration pour toutes les plaies buccales, par suite pour la plaie bucco-sinusale que détermine l'acte opératoire.

Elle est évidemment due à cette merveilleuse propriété des éléments lymphoïdes renforcés par de la salive qui empêche par ses multiples actions le polymicrobisme buccal de se greffer sur la muqueuse sinusable affaiblie par le traumatisme.

B. — Dans le nez

Si nous examinons maintenant les qualités bactéricides du mucus nasal, nous voyons qu'il n'est pas possible de conclure que dans tous les cas, le nez soit un filtre immuable et parfait, capable de détruire, totalement et toujours, les germes apportés par l'air inspiré et de mettre ainsi l'organisme à l'abri de ces infections.

Pour peu que les poussières inertes ou infectieuses inspi-

rées augmentent de quantité, la muqueuse nasale s'hypertrophiera d'abord si l'organisme est sain ; mais si l'organisme est malade, ou si l'apport des germes continue, il arrivera un moment où la barrière forcée laissera infecter les voies respiratoires inférieures ou l'oreille moyenne.

N'est-ce pas ce qui se passe quand un malade est atteint de bronchite, d'otite, de sinusite nasale?

L'insuffisance du filtre a rendu possible ces infections secondaires.

Il y a donc urgence en chirurgie nasale et nécessité absolue d'une antisepsie rigoureuse et méthodique, sous peine de voir les complications les plus graves, parfois mortelles, suivre les interventions les plus inoffensives telles qu'une pointe de feu sur un cornet.

Là l'opérateur n'est plus en face d'un nez normal, mais bien d'un nez pathologique où la pullulation microbienne se fait sur une large échelle.

La flore y est variée, constamment renouvelée par l'air inspiré, d'autant plus virulente et d'autant plus riche que la défense se fait moins bien.

Six observations de mort par méningite à la suite d'une simple cautérisation de muqueuse nasale ont été recueillies par Paul Viollet (1).

Et si l'on publiait tous les accidents d'otite, de mastoïdite, d'infection généralisée que l'on observe à la suite de ces cautérisations, la liste serait certainement très longue.

Si l'on compare bien la façon dont se réparent les plaies endo-buccales et les plaies endo-nasales, on voit qu'une cautérisation nasale, par exemple, commence à se couvrir de croûtes, plus ou moins épaisses, que la muqueuse gonfle tout autour. Et cette augmentation de volume oblitère la lumière du méat à ce niveau.

Les symptômes généraux apparaissent bientôt : fièvre, inappétence, insomnie, etc., tout cela dure 2 jours environ.

1. Paul Viollet (Arch. de Laryngologie, 1900).

Puis, si les lésions évoluent vers la réparation, la tuméfaction, la douleur disparaissent, les croûtes s'éliminent petit à petit, l'escharre tombe, entraînant une légère hémorrhagie entre le 10e et le 11e jour.

Dans la bouche, tout se passe différemment, la même cautérisation sur la muqueuse buccale détermine immédiatement l'apparition d'un flot de salive, la plaie se couvre d'une fausse membrane blanche qui la protège des infections possibles.

Pas de troubles généraux.

Cicatrisation en 3 ou 5 jours.

En conséquence, il y a entre l'action des milieux réparateurs, le milieu nasal et le milieu buccal, une grande différence (1).

Le mucus nasal, continuellement desséché par le passage d'air, se coagule en croûtes sèches, protège par des stratifications successives de fausses membranes, les plaies de sa muqueuse.

Le mucus buccal, aidé par la salive, vient humidifier la plaie que vient protéger immédiatement une fausse membrane et permet ainsi sa cicatrisation rapide sans infection profonde possible.

Ces considérations de l'action du milieu nasal et de l'action du milieu buccal dans la réparation des plaies n'ont-elles pas leurs applications en thérapeutique nasale ?

Ne se sert-on pas de corps gras pour remplacer cette pauvreté de liquide du mucus nasal, et pour empêcher l'assèchement des plaies nasales ?

Ne se sert-on pas de tous les médicaments destinés à activer cette secrétion trop paresseuse lorsqu'il est nécessaire de réparer une plaie nasale (Menthol, eucalyptol, etc) ?

Pour les plaies plus importantes qui déterminent la chirurgie endo-nasale au niveau du sinus, les mêmes difficultés de

1. Cette différence entre l'action de ces deux milieux réparateurs, le milieu nasal et le milieu buccal, est absolument la même qui existe entre l'action du pansement sec et l'action du pansement humide, sur une plaie infectée.

réparation existent certainement. Les lavages pratiqués, longtemps et souvent, sont nécessaires pour hâter la cicatrisation de la plaie sinusale après la cure radicale endo-nasale.

Il n'est pas de malades opérés par cette méthode qui n'aient été obligés de subir trois mois au moins de lavages quotidiens intra-sinusaux.

Nous avons de nombreuses observations où les croûtes nasales n'ont complètement disparu que deux et quelquefois trois années après l'opération.

Donc, pour en revenir aux plaies bucco-sinusales, il n'est pas question d'infection du sinus pas plus qu'il n'est question d'infection par la bouche.

Sans doute, il existe des infections d'origine buccale, mais les conditions dans lesquelles elles se produisent ne sont pas physiologiques ; elles n'ont lieu que lorsque l'équilibre biologique est rompu, lorsque le terrain sur lequel évolue le processus, est affaibli. Il en résulte l'altération de la salive, l'affaiblissement des leucocytes, l'état de débilité de l'organisme, tous trois facteurs qui renforcent l'action nuisible du polymicrobisme buccal.

Le polymicrobisme buccal se greffe alors sur la muqueuse buccale affaiblie sans qu'il soit nécessaire de faire d'opération. Il produira des infections septiques dont l'intensité sera toujours en rapport avec le terrain sur lequel le processus morbide évolue.

Il n'y a donc pas dans les plaies d'origine buccale à craindre tant les infections que l'affaiblissement du terrain.

Une première conclusion pratique se dégage de cette courte dissertation, c'est qu'il faut autant que possible n'opérer sur la bouche que dans les meilleures conditions d'équilibre biologique possible.

Par suite, il faut affaiblir l'élément offensif, le polymicrobisme buccal, il faut le réduire à sa plus simple expression.

Ainsi on mettra l'élément défensif dans de meilleures conditions pour le maintien de l'équilibre biologique.

Il ne faut opérer que dans une bouche, non pas aseptique,

ce qui est une absurdité, mais une bouche propre, saine, dans un bon état d'équilibre.

Le moyen d'y arriver est simple, à la portée de tous. Il faut faire l'ablation du tartre, l'ablation des chicots, l'obturation des caries, en un mot poursuivre l'élément offensif et le détruire jusque dans ses moindres retranchements.

Cette notion est devenue pratique courante dans le service de M. Sebileau à Lariboisière et aucune opération endo-buccale n'est tentée avant la mise en parfait état de propreté de la bouche et des dents.

Ainsi, cette discipline buccale et dentaire diminuera dans une grande proportion les chances d'infections d'origine buccale.

Une deuxième conclusion pratique découle de cette extrême activité de l'élément défensif du milieu buccal et qui correspond aux indications absolues de la voie de cure radicale.

Chaque fois qu'un organisme sera débilité par une tare générale, alcoolisme, syphilis-diabète, tuberculose, etc.., c'est-à-dire chaque fois que l'élément défensif sera affaibli, il faudra ouvrir par la bouche.

Chaque fois aussi que l'élément offensif sera devenu plus nocif, plus toxique et par suite plus dangereux, c'est encore la méthode endo-buccale qu'il faudra choisir.

Il faut, dans ces cas, donner à l'organisme ses armes les plus efficaces pour lutter contre l'infection, et nous croyons suffisant de montrer la supériorité de l'élément défensif du milieu buccal sur celui du milieu nasal.

C'est la méthode endo-buccale qui comportera de ce fait le plus d'indications absolues.

Une observation de malade opéré par la méthode Caldwell-Luc (Obs. n° 46) est assez instructive à cet égard. Elle montre que chez un sujet atteint de tuberculose, même au début, les lésions nasales ne se sont pas réparées même au bout de quatre ans de soins et suppurent encore malgré la cure radicale. Témoin aussi cette autre observation personnelle d'un vieillard âgé de 76 ans, opéré par la méthode de Luc

qui, deux ans après, maudissait l'intervention qui ne lui avait pas déterminé de soulagement. Ce vieillard, débilité par le grand âge et la misère physiologique, présentait encore au niveau de son méat inférieur de larges et nombreuses croûtes fétides.

Méthodes conservatrices

Elles comprennent :

1° Les traitements préliminaires :

a) Soins médicaux ;

b) Traitement des lésions causales :

a) Du nez ;

b) De la bouche et des dents ;

c) Des cavités accessoires de la face, etc... ;

2° Les méthodes conservatrices endo-buccales :

a) Trépanation alvéolaire (méthode de Cooper) ;

b) Ouverture étroite de la fosse canine (Cruet) ;

3° Les méthodes conservatrices endo-nasales :

a) Cathétérisme de l'orifice de l'antre (non employé) ;

b) Ponction par le méat moyen (non employé) ;

c) Ponction par le méat inférieur.

Nous n'étudierons pas leur technique ni leurs résultats, trop connus d'ailleurs.

CURES RADICALES ENDO-BUCCALES

Leur technique et leurs manœuvres post-opératoires

Les cures radicales endo-buccales sont, nous l'avons dit déjà, au nombre de deux ;

1° La plus ancienne, méthode de Desault ;

2° La méthode de Sebileau, qui n'est qu'une modification de la précédente et qui donne lieu à des interventions plus larges :

1° Une opération typique avec abrasion du rempart alvéolaire externe (quand il n'existe pas de dents);

2° Une opération atypique, avec conservation des dents et qui se réduit à une large ouverture de la fosse canine.

Le principe est simple, ainsi que nous l'avons déjà dit. Elles créent au niveau de la fosse canine un large orifice permanent qui a pour but :

1° De donner un large passage aux instruments pour cureter la muqueuse malade ;

2° De draîner le sinus pendant toute la durée de sa réparation.

Nous ne décrirons par suite que l'opération de Sebileau, la première n'étant qu'une ouverture plus étroite et par suite plus conservatrice.

I. — Technique de l'opération de Sebileau

L'opération typique comprend plusieurs temps :

1° Section de la muqueuse du fond du cul-de-sac vestibulaire supérieur;

2° Décollement à la rugine de tous les tissus mous de la fosse canine ;

3° Ouverture à la gouge et au maillet de la paroi antérieure du sinus ;

4° Curetage très soigné (sous le contrôle de la lumière électrique) de toute la cavité du sinus et comportant l'ablation de toute la muqueuse ;

5° Abrasion du rempart alvéolaire externe destinée à supprimer le recessus sus-alvéolaire et formation d'un plan incliné qui se continue avec la déclivité du plancher du sinus de dedans en dehors ;

6° Tamponnement de la cavité avec une mèche qu'on ne

laisse que 24 heures dans le sinus ; la cavité ainsi traitée est abandonnée au travail de cicatrisation naturelle.

Cette opération ne peut être rapidement exécutée qu'à la condition que tout soit réglé et prévu en raison surtout des trois points suivants :

1° Cavité à cureter peu accessible ;

2° Exiguïté du champ opératoire ;

3° Ecoulement du sang dans la bouche pendant une bonne partie de l'opération.

Les deux premiers points exigent un bon éclairage électrique, la lampe frontale de Clar est indispensable.

Le troisième nécessite l'emploi d'éponges montées pour le nettoyage du cavum.

Les pinces hemostatiques sont absolument inutiles : toute hémorrhagie s'arrête par la compression aussi bien dans la section de la muqueuse vestibulaire que dans les sections osseuses ; l'écoulement très abondant de la cavité du sinus cesse dès le curetage des fongosités.

Il est nécessaire et suffisant de bien tamponner (mèches de gaze froissées et stérilisées à sec).

Nous allons insister maintenant sur les détails de chaque temps.

1° *Incision de la muqueuse vestibulaire.* — Le patient étendu et étant chloroformisé à fond, la tête étant dans la position déclive, la lèvre supérieure et la joue fortement écartées par un aide au moyen d'un long écarteur, on procède au premier temps.

On introduit toutefois auparavant entre les deux arcades dentaires un gros tampon de gaze ou d'ouate hydrophile que l'on place en arrière de la tubérosité maxillaire du côté malade. Il est destiné à absorber en grande partie le sang qui vient de la plaie opératoire. Il est changé à plusieurs reprises.

Le bistouri incise alors jusqu'à l'os la muqueuse vestibulaire, depuis la troisième molaire jusqu'à la première prémolaire.

2° *Décollement du périoste et des tissus mous de la joue.* — Après tamponnement de quelques secondes sur les lèvres de la plaie, on détache rapidement d'un coup de rugine les tissus mous de la fosse canine, sans pourtant remonter trop haut pour éviter la blessure du nerf sous-orbitaire à son émergence du trou ; l'écarteur saisit à ce moment et récline fortement en haut tout le lambeau supérieur.

Une compression peu serrée assèche le champ opératoire et l'on procède au troisième temps.

3° *Ouverture de la paroi du sinus.* — La paroi antéro-externe du sinus est ouverte à la gouge et au maillet, à un niveau variable entre la deuxième prémolaire et la deuxième molaire.

La brèche ainsi faite est agrandie jusqu'à prendre les dimensions que nous lui figurons sur nos planches (planche I).

Dans l'opération typique, la brèche est limitée en avant par une verticale passant par le bord postérieur de la première prémolaire, en haut par une ligne presque horizontale passant à 4 ou 5 millimètres du trou sous-orbitaire ; en arrière par une verticale passant par le bord postérieur de la troisième molaire.

Cette ablation totale de la paroi antéro-externe du sinus n'est pas possible dans le cas où il existe encore quelques dents ; on limite alors la brèche opératoire dans une certaine mesure. A diverses reprises on pratique l'hémostase du champ opératoire.

4° *Curetage du sinus.* — La curette est aussitôt après promenée en tous sens et on pratique l'*éradication totale de la muqueuse*, sous le contrôle de la vue aidée par la lampe électrique et le contrôle du doigt explorateur.

M. Sebileau insiste sur la nécessité de la recherche attentive de toutes les fongosités après éclairage du sinus. Il faut surtout explorer et gratter les zones les plus reculées de la paroi interne ou nasale, au niveau de l'orifice naturel et n'oublier aucune des irrégularités du plancher sinusal que forment les saillies dentaires.

Quoi qu'il en soit, le curetage ne doit être arrêté que lorsque l'os est senti partout sous la curette et que, sous la lumière, les parois apparaissent bien nettes et bien blanches.

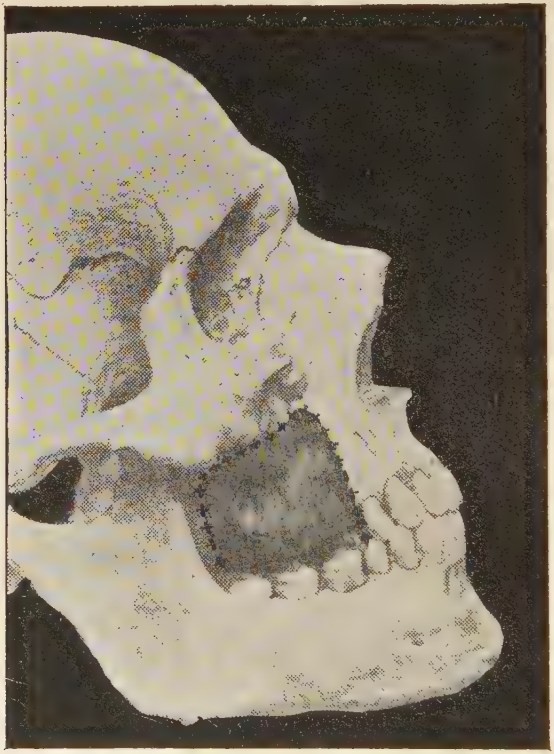

Planche I. — Opération de Sebileau.
Tracé de l'excérion.

5° *Abrasion du rempart alvéolaire externe.* — Le curetage des fongosités terminé, M. Sebileau pratique l'abrasion du rempart alvéolaire externe. Il supprime ainsi tout le recessus sus-alvéolaire et favorise par la formation d'un plan uniformément incliné un meilleur drainage des liquides et des sécrétions du sinus (planche II).

6° On termine l'opération par un tamponnement destiné à assurer l'hémostase des vaisseaux osseux qui donnent toujours un peu de sang.

Manœuvres post-opératoires. — Dans tous les cas, le tamponnement qui détermine l'hémostase immédiatement après l'acte opératoire, est toujours retiré vingt-quatre heures après l'opération, pour *ne plus jamais être renouvelé* dans la suite.

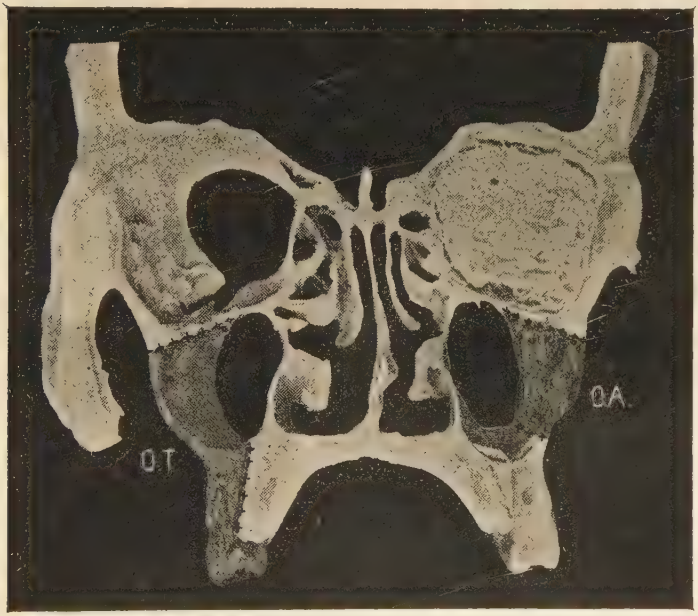

Planche II. — Opération de Sebileau.
O.T. Opération typique avec abrasion du rempart alvéolaire.
O.A. Opération atypique avec conservation des dents.

Il est remplacé dès le deuxième jour par des lavages buccaux, et endo-sinusaux à l'eau oxygénée ou à l'eau bouillie *faits par le malade.* Ces lavages sont ensuite continués par le malade hors de la présence du médecin, tant que la dimension de l'orifice le permet. Ils sont cessés dès que cet orifice

est devenu trop petit pour admettre une canule de 2 à 4 mm. de diamètre.

Nous insistons sur ce fait que les tamponnements ne doivent jamais être continués après l'opération elle-même. Ils doivent être remplacés par de simples lavages, si l'on veut

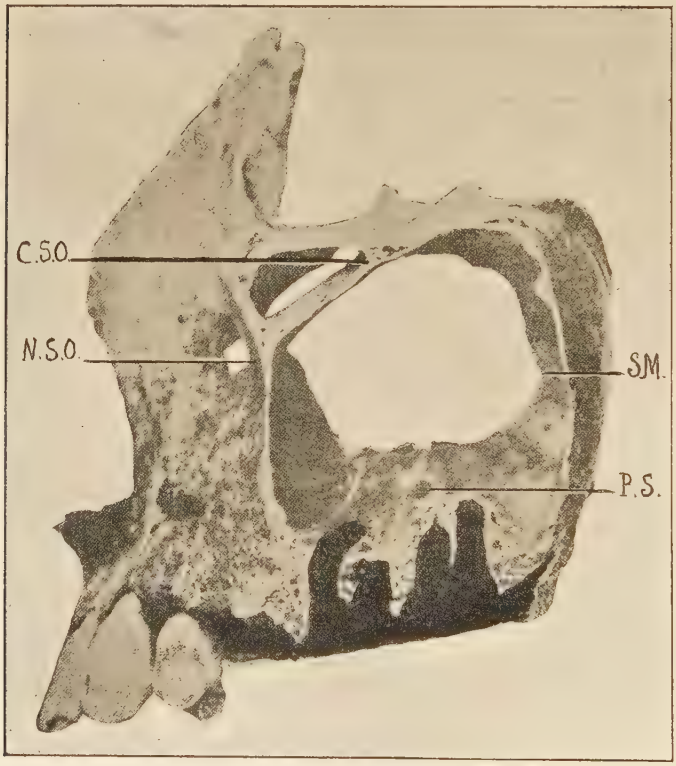

Planche III. — Opération de Sebileau.
Abrasion du rempart alvéolaire externe. — C.S.O. Canal sous orbitaire. N.S.O. Nerf sous orbitaire. — S.M. Sinus maxillaire. — P.S. Plancher du sinus.

obtenir *une fermeture définitive de l'antre* après cicatrisation.

L'exclusion du sinus, sa séparation de la cavité buccale est à ce prix.

Telle est, dans son type le plus large, l'opération de M. Sebileau dans la cure radicale des suppurations chroniques du sinus.

Nous reproduisons sur nos planches : 1° le tracé de l'excision typique (planche n° I) et son exécution (planche n° III) ;

2° Le résultat de profil (planche II O. T.) après abrasion du rempart alvéolaire ;

Planche IV. — Opération typique de Sebileau.
Moulage de la brèche opératoire.

3° Le moulage pris sur le vivant de la brèche opératoire typique (planche n° IV).

A côté de cette large opération, nous devons ranger une série d'interventions plus économiques qui varient suivant :

1° Que les dents sont saines ;

2° Qu'une ou deux n'existent plus ou sont atteintes de caries profondes (leur sacrifice est indispensable) ;

3° Que la présence d'un kyste para-dentaire antérieur (incisives ou canines) nécessitera une ouverture en d'autres points que la fosse canine.

Dans le premier cas, la conservation des dents saines s'impose, l'ouverture de la fosse canine reste la même, mais n'est pas suivie de l'abrasion du rempart alvéolaire externe qui est respecté (planche n° II O. A.). L'excision sera d'ailleurs peu étendue en hauteur, elle devra l'être davantage en largeur.

Dans le deuxième cas, l'abrasion du rempart alvéolaire est limitée par l'espace compris entre les dents existantes et qui sont saines.

Dans le troisième cas, l'ouverture porte sur le point du

Planche V. — Opération atypique de Sebileau.
Moulage de la brèche opératoire (Kyste paradentaire).

kyste le plus proéminent. Le kyste et l'antre sont ensuite curetés ensemble, et ne forment plus qu'une vaste cavité ouverte en avant (observation n° 31).

Nous représentons un moulage de cette brèche opératoire (planche V).

II. — Technique de l'opération véritable de Desault et Lamorier « sans tamponnement »

L'opération de Desault et Lamorier présente les mêmes temps opératoires que la précédente qui n'en est qu'une modification.

Primitivement, Desault se contentait d'ouvrir par une intervention très économique la fosse canine. Il se servait d'un « perforatif » et donnait à son ouverture le diamètre du petit doigt.

Ensuite, il faisait fréquemment des lavages du sinus par cette petite brèche, mais il ne parle *aucunement de tamponner le sinus*.

Les pages que cet auteur consacre à la description de sa méthode sont très affirmatives sur ce dernier point. Ce n'est pas elle que nous avons en vue dans notre travail.

III. — Technique de la méthode de Desault « avec tamponnement »

Actuellement les manœuvres post-opératoires sont modifiées. Elles ne se réduisent plus à de simples lavages et l'on essaye d'obtenir, par des tamponnements successifs, la disparition du sinus par bourgeonnement.

En définitive, c'est cette méthode de Desault, modifiée par ses imitateurs, qu'on pratiquait encore jusque dans ces dernières années (1900).

C'est de *cette méthode « modifiée » seule* dont nous nous occuperons ici.

Bref, on obtenait par ces tamponnements successifs, sinon la disparition du sinus, au moins la cessation de la suppuration.

Mais au prix de combien de temps, de combien de pansements, de quel supplice, en un mot, obtenait-on ce résultat?

Le malade n'était-il pas condamné à tout manger au parfum de son pansement (iodoformé, salolé ou autre). Il résultait de

ces inconvénients que cette opération de Desault, la seule qui permette de bien voir et de cureter à fond les diverticules, était considérée comme le moyen extrême, et souvent même abandonnée en raison de l'ennui des pansements consécutifs.

On voit que si la méthode de Sebileau ressemble à la méthode de Desault « modifiée » par la voie que suit l'acte opératoire, elles diffèrent notablement l'une de l'autre :

D'une part par l'étendue de l'acte opératoire beaucoup moins économique dans la nouvelle méthode ;

D'autre part par les manœuvres post-opératoires, tamponnements (méthode de Desault modifiée), lavages (méthode de Sebileau).

Nous verrons qu'elles diffèrent aussi dans leurs résultats qui se traduisent par ces faits particuliers : dans l'une (méthode Sebileau) par la *fermeture de la communication* bucco-sinusale ; dans l'autre (méthode modifiée de Desault) par la *persistance de cette communication* et avec elle tous ses inconvénients.

MÉTHODES ENDO-NASALES

Leur technique opératoire et leurs manœuvres post-opératoires

Les méthodes endo-nasales sont au nombre de deux.

La première, préconisée par le Dr Caldwell, professeur à la polyclinique de New-York, a été surtout vulgarisée par le Dr Luc, à Paris.

La deuxième, préconisée par le Dr Claoué, est relativement plus récente, elle n'est encore que peu employée.

Toutes les deux ont pour but, après curetage de la cavité antrale, de la mettre en communication avec la fosse nasale et de l'abandonner ainsi au travail naturel de cicatrisation.

Nous décrirons successivement leur technique, leurs manœuvres post-opératoires, leurs résultats.

I. — Méthode de Caldwell-Luc

Cette méthode de cure radicale comprend tous les temps communs à l'opération endo-buccale de Sebileau ; elle n'y ajoute que deux temps complémentaires.

Nous ne ferons qu'énumérer les temps communs aux deux méthodes :

1° Section de la muqueuse vestibulaire ;

2° Décollement à la rugine du périoste et des tissus mous de la fosse canine ;

3° Ouverture de la paroi antéro-externe ;

4° Curetage avec éradication complète de la muqueuse.

Elle comprend, en outre, les deux temps particuliers suivants :

5° Ouverture d'une brèche dans la paroi nasale du sinus après turbinotomie ou turbinectomie préalable ;

6° Fermeture de la plaie endo-buccale par suture de la muqueuse de la joue à la muqueuse gingivale.

Ce dernier temps clôture l'intervention.

Nous allons décrire ces deux derniers temps en détail.

5e temps. — *Ouverture de la brèche naso-maxillaire.*

Au début, l'auteur pratiquait au niveau du méat inférieur une petite brèche de un centimètre de diamètre, il fallait prendre la peine de circonscrire une petite rondelle d'os à la gouge et au maillet.

Actuellement les divers auteurs proposent une brèche beaucoup moins économique : on pratique d'abord l'ablation partielle ou totale du cornet inférieur à l'aide du turbinotome (Laurens, Lombard).

M. Lermoyez ne résèque cet os que s'il gêne le chirurgien. Quoi qu'il en soit, on détermine enfin une large ouverture comprenant la presque totalité de la paroi nasale du sinus. Toujours, dans tous les cas, le doigt est introduit dans la narine correspondante pour éviter la blessure de la cloison.

6e temps. — *Fermeture de la plaie endo-buccale par suture de la muqueuse de la joue avec la muqueuse gingivale.*

L'hémostase du sinus une fois assurée par une mèche bien serrée et dont un des chefs sort par la narine correspondante, on pratique la suture de la plaie buccale avec du catgut.

Le catgut se résorbe au bout de quelques jours et la plaie se cicatrise par première intervention au bout de la première semaine. Le tamponnement intra-sinusal est enlevé au bout de vingt-quatre heures *sans jamais être renouvelé.*

Les manœuvres post-opératoires consistent uniquement en des lavages intra-sinusaux.

Ils doivent être pratiqués le plus souvent possible, au moins une fois par jour pendant les quinze premiers jours, et *par le médecin.*

Nous avons enregistré dans les cas présents deux fois sur quinze où les lavages pratiqués *par le malade* avaient déterminé des infections de l'oreille moyenne.

Ces lavages doivent être continués pendant deux et trois mois et pratiqués tous les deux ou trois jours. On note toujours la présence de nombreuses croûtes, quelquefois un peu fétides pendant les premiers mois qui suivent l'opération.

II. — Méthode de Claoué

Cette méthode n'est qu'une modification de la précédente dans laquelle son auteur a supprimé tous les temps que comporte l'ouverture endo-buccale. Elle se compose essentiellement de deux temps :

1° *Ouverture d'une brèche naso-sinusale* après turbinectomie préalable ;

2° *Curetage aussi soigné* que possible avec éradication de toutes les portions de la muqueuse que l'on peut atteindre.

La cavité ainsi préparée est abandonnée ensuite au travail naturel de cicatrisation. Les soins post-opératoires que comporte cette méthode sont les mêmes que pour la méthode endo-nasale de Luc.

Nous ne pouvons donner encore de résultat de cette méthode relativement récente, et dont nous ne possédons aucune observation.

RÉSULTATS (Méthode endo-buccale de Sebileau)

Les orifices dits d'aération. — Leur rôle dans la guérison des sinus opérés

Résultats : Les sinusites maxillaires opérées par la cure radicale de Sebileau ou par la méthode de Desault, modifiée par Sebileau, c'est-à-dire sans tamponnements post-opératoires, *guérissent* de trois manières différentes. Si l'on examine brutalement les faits on voit que :

I. — Dans le plus grand nombre de cas (3/4 des cas environ) le *sinus guéri* ne communique plus avec la cavité buccale (anciens opérés). Cette communication se ferme en général complètement entre le troisième et le dixième mois après l'opération (une fois à la sixième semaine) (cas du docteur Wicart). *Donc pas d'orifice bucco-maxillaire* (3/4 des cas).

II. — Dans tous les autres cas, qui restent (1/4 environ), le *sinus guéri* communique avec la cavité buccale par un orifice qui présente de 1 mm. à 3 mm. de diamètre moyen suivant l'époque de l'opération (orifice bucco-maxillaire). Il est d'autant plus étroit que la date de l'opération est plus éloignée.

D'autre part, on constate la persistance de la communication du sinus avec la fosse nasale (orifice naso-maxillaire).

III. — Dans d'autres cas rares (sinus longtemps tamponnés et kystes para-dentaires du maxillaire marsupialisés dans la bouche), on constate que le *sinus guéri* ou la *cavité guérie* ne présente pas d'orifice naso-maxillaire, c'est-à-dire ne communique plus avec la fosse nasale et présente au contraire un

seul orifice qui est bucco-maxillaire. Cet orifice reste large lorsque le sinus a été longtemps tamponné, étroit au contraire quand la cavité n'a été traitée que par des lavages.

L'existence et la non-existence de ces orifices bucco-maxillaires d'une part, ces résultats de guérison si réguliers et si constants d'autre part, nous ont inspiré quelques réflexions et nous avons cherché le mécanisme de ce mode de cicatrisation dans la physiologie des cavités de la face.

En effet, la septicité des cavités fermées est bien connue et c'est sur elle que s'appuie Zukerkandl pour démontrer la possibilité du catarrhe antral par occlusion. Cette fermeture de l'ostium maxillaire soit par gonflement, soit par soudure complète de la muqueuse qui entoure l'orifice, est suffisante pour déterminer une inflammation localisée du sinus en réveillant l'activité des germes qui vivent en saprophites dans les fosses nasales et leurs diverticules (formation de cavité close).

Dès lors, la nécessité d'une ouverture pour maintenir l'équilibre physiologique d'une cavité tapissée de muqueuse, est une notion de physiologie générale indiscutée à l'heure actuelle.

L'on ne peut davantage concevoir ni un sinus de la face sans orifice, qu'on ne peut concevoir une cavité appendiculaire sans communication avec l'intestin.

Si l'on examine l'anatomie de toutes les cellules osseuses normales, on voit que toutes possèdent un orifice lorsqu'elles sont tapissées de muqueuse, le sinus frontal, le sinus maxillaire, les cellules ethmoïdales antérieures, s'ouvrent ainsi dans les fosses nasales.

De même le sinus sphémoïdal et les cellules ethmoïdales postérieures.

La caisse du tympan elle-même, n'est-elle pas aussi tapissée d'une muqueuse? aussi lui faut-il un canal de ventilation, la trompe d'Eustache.

Il n'est pas jusqu'aux diverses cavités du sinus maxillaire, quand il est cloisonné, qui ne communiquent l'une avec l'autre et expliquent que, dans un sinus cloisonné, toutes les cavités

sont infectées toutes à la fois, l'une l'étant forcément par sa voisine.

Lorsqu'une cellule osseuse de la face ne possède pas d'orifice communiquant avec l'air extérieur, on peut en conclure qu'elle n'est pas tapissée de muqueuse et qu'elle ne contient que de la moelle osseuse.

Les cellules osseuses mastoïdiennes, parfois si larges, sont dans ce dernier cas.

L'antre mastoïdien seul tapissé de muqueuse communique avec l'air extérieur par l'intermédiaire de l'*additus ad antrum* de la caisse du tympan et la trompe d'Eustache.

Donc un premier point est acquis, c'est que *pour toute cavité tapissée de muqueuse il faut un orifice de ventilation ou d'aération.*

A l'état physiologique on peut parfaitement considérer que la muqueuse du sinus sécrète une certaine quantité de liquide. Cette sécrétion sert à entretenir l'humidité des parois, mais elle ne se produit que proportionnellement aux besoins de la muqueuse.

Les produits liquides s'évaporent sous l'action de la température et de la ventilation, et ces vapeurs ont besoin pour s'échapper d'un orifice de sortie et dont le diamètre doit être proportionnel à un volume de la cavité et par suite à la quantité de liquide à évaporer.

Les produits solides de cette sécrétion se résorbent sur place grâce à l'activité des cellules lymphatiques et des cellules migratrices.

Si, pour une cause quelconque, l'orifice de ventilation ou d'aération s'oblitère, l'air qui se trouve dans la cavité de l'antre fera place à du liquide et ce liquide, produit par les glandes muqueuses du sinus, s'accumulera dans la cavité, par ce simple fait que la sécrétion qui est continue aura alors dépassé l'absorption qui est devenue nulle.

Ce liquide fermentera aussitôt par suite de la présence permanente des germes saprophites. Ce sera une cavité contenant

des liquides septiques ; par suite la suppuration et toutes ses conséquences.

Ainsi donc nous croyons avoir trouvé le mécanisme et l'explication de ces trois modes de guérison.

Ces orifices n'existent qu'à titre d'orifice de ventilation, *ils ne peuvent pas être des orifices fistuleux, ce ne sont pas des fistules.*

Premier groupe. — Le sinus guéri ne communique plus avec la cavité buccale : 3/4 des cas.

Il doit communiquer toujours théoriquement avec les fosses nasales pour que la ventilation et l'aération du sinus soient assurées.

Cette donnée de physiologie pathologique se vérifie toujours dans la pratique (par la méthode des lavages intra-sinusaux).

La nécessité de cet orifice de ventilation, où qu'il soit, qu'il soit ouvert dans la bouche ou dans les fosses nasales, nous paraît suffisamment démontrée dans l'esprit de tous pour qu'il soit inutile d'y revenir.

Seize observations sont venues nous conduire sur la voie de cette théorie. Elles ont toutes trait à la guérison de sinusites maxillaires après cure radicale endo-buccale de Sebileau.

L'occlusion de l'orifice s'est produite à des moments infiniment variables, plus ou moins longtemps après la date de l'opération.

Dans deux observations la fermeture s'est faite six semaines après l'opération (obs. n° 19 *bis* et obs. n° 16).

Dans une autre série, elle eut lieu trois mois après.

Dans une série suivante, elle s'est faite 12 mois après.

Dans une troisième, elle s'est faite 22 mois après.

On le voit, cette date de fermeture de l'orifice est éminemment variable. Néanmoins cette oblitération ne se fait guère avant le 40e ou 70e jour qui suit l'opération.

Nous croyons avoir reconnu que cet orifice se fermait dans des conditions à peu près déterminées. Il reste persistant

d'autant plus que le sinus s'est trouvé plus longtemps en communication avec la cavité buccale, c'est-à-dire que l'opération a été plus largement pratiquée. Il a emprunté alors à la bouche toutes ses conditions physiologiques.

Comme les glandes muqueuses de la bouche, les glandes sinusales ont abondamment sécrété ; il est probable que cette sécrétion ne commence à se ralentir que progressivement, au fur et à mesure que la cavité du sinus se ferme du côté buccal pour devenir ensuite indépendante.

Pendant l'intervalle où le sinus communique encore avec la bouche, l'évaporation ne peut probablement pas se faire complètement par la fosse nasale ; l'orifice buccal serait alors un orifice de suppléance par rapport à l'orifice naso-sinusal. Puis l'exclusion du sinus se prononçant de plus en plus, la sécrétion diminuant toujours, l'évaporation s'est trouvée un jour égale à la sécrétion et l'orifice de *suppléance* qu'était l'orifice bucco-sinusal s'est oblitéré.

Tel est notre avis sur le mécanisme de la guérison complète de ces sinusites à la suite de la méthode endo-buccale.

En résumé, le sinus opéré a emprunté d'abord *à la bouche ses procédés de cicatrisation rapide* qu'elle doit à la présence de la salive et du milieu défensif buccal.

Dans une deuxième période, il a ensuite demandé *à la fosse nasale sa large aération* pour se séparer ensuite de la cavité buccale.

Deuxième groupe. — Le *sinus guéri* communique avec la cavité buccale par un orifice d'un diamètre très faible (1 à 3 mm.) orifice dit de *suppléance*. On constate d'autre part la perméabilité de l'orifice naso-sinusal (1/4 des cas).

Nous croyons que cet état est un stade essentiellement transitoire. L'orifice buccal dans le sinus bien cureté doit se fermer tôt ou tard dès que la sécrétion sera devenue égale à l'évaporation. Tant que la muqueuse sinusale sécrétera une quantité de liquide plus grande qu'elle n'en a besoin pour lubréfier ses parois et entretenir l'humidité, il persistera un orifice dit de

suppléance pour l'échappement des liquides, à l'état de vapeur.

Nous croyons avoir constaté que cet orifice d'aération, dit de *suppléance*, se ferme d'autant plus vite que l'orifice naso-maxillaire est plus large. Nos observations sont encore trop peu nombreuses pour être affirmatif.

Nous avons quatre cas (4) de malades opérés par la méthode endo-nasale (Luc), mais dont la communication bucco-sinusale a persisté après l'opération.

Nous en avons formé un groupe spécial (opération atypique de Luc).

Chez ces malades, l'orifice bucco-maxillaire s'est fermé complètement, en l'espace de trois à six semaines, c'est-à-dire avec une rapidité bien plus grande que dans tous les autres cas.

Troisième groupe. — Orifices *de remplacement.*

Le sinus guéri communique avec la cavité buccale par un orifice qui présente de 1 mm. à 3 mm., mais ne communique pas avec les fosses nasales.

Donc il y a oblitération du ou des orifices naso-maxillaires et permanence de l'orifice bucco-maxillaire. Nous appelons dans ces cas cet orifice bucco-sinusal d'aération : *orifice de remplacement ou de substitution.*

Ces cas sont la règle lorsque l'on ouvre un kyste para-dentaire ayant refoulé complètement le sinus et s'étant substitué en son lieu et place. Le sinus n'est plus alors qu'une cavité virtuelle.

Deux observations (obs. nos 31 et 34 *bis*) sont des plus concluantes à cet égard.

Dans d'autres cas, rares, le sinus longtemps tamponné s'est fermé du côté de la fosse nasale (nous n'en avons observé qu'un seul cas, perdu de vue aujourd'hui).

En effet, ces cavités deviennent de véritables recessus physiologiques tapissés de muqueuse, et comme il leur faut un orifice de ventilation, ce dernier se trouve dans la bouche pré-

cisément au point où le kyste a été ponctionné chirurgicalement. Ajoutons qu'il ne se ferme jamais à l'état normal sans donner de signes de rétention. Nous n'avons observé cette forme de guérison que sur deux kystes du maxillaire supérieur (obs. nos 31 et 34 *bis*).

On doit donc considérer comme *guéris* les sinus et les cavités kystiques présentant un orifice dit d'aération, *quand il n'existe pas d'autre communication avec l'air extérieur.*

En résumé : quelle que soit la légitimité de l'hypothèse que nous formons au sujet de l'existence de ces orifices, cela n'est jamais qu'une théorie.

Ce qui, en fait, existe, c'est que les orifices des *sinus guéris ne sont pas des orifices fistuleux*, ils sont nécessaires au travail naturel de cicatrisation du sinus. Nous les avons appelés *orifices d'aération* parce que ce rôle nous paraît probable.

En aucun cas d'ailleurs ils ne livrent passage à des liquides pathologiques.

Statistique des cas de guérison dans la méthode endo buccale de Sebileau

Si nous voulons résumer par des chiffres les résultats de la méthode de Sebileau, nous voyons que, sur 29 cas observés, 20 malades nous sont encore connus.

1° *Tous* les malades ont guéri de leur suppuration sinusale, soit 20 cas ;

2° Quinze ont guéri et leur sinus est à l'heure actuelle complètement fermé ;

3° Cinq ont guéri avec persistance d'un petit orifice par lequel il ne passe aucun liquide venant de la bouche, ni aucune sécrétion venant du sinus (Ils sont guéris mais non fermés).

Ces derniers sont en général des malades *récemment* opérés.

Résultats de la méthode de Desault « avec tamponnement »

Nous n'apportons ici que cinq observations de cette méthode.

Dans tous les cas où le sinus a subi une série même courte de tamponnements, l'orifice bucco-sinusal persiste toujours et reste en général assez largement perméable (7 à 10 mm. de diamètre).

L'observation n° 37, où les tamponnements ne furent pratiqués que pendant un mois, met bien ce dernier fait en lumière.

Nous insistons également sur ce fait que le tamponnement détermine presque toujours, outre des douleurs locales assez vives, des troubles généraux qui paraissent dus à une certaine résorption au niveau de la muqueuse sinusale.

On constate toujours en effet, lors des tamponnements, une certaine fétidité provoquée par les fermentations qui peuvent se produire à l'abri de la salive. Quoi qu'il en soit, ce large orifice bucco-sinusal, béant, constitue une gêne pour le malade, surtout au moment des repas.

Véritable garde-manger, il force le malade à faire des lavages plusieurs fois par jour.

Cet orifice n'est pas néanmoins une fistule, attendu qu'il ne donne issue à aucun écoulement pathologique.

Le sinus est, dans tous les cas, guéri et recouvert d'une muqueuse saine.

D'ailleurs, c'est contre cette méthode de Desault « modifiée », avec tamponnements post-opératoires, que M. Lermoyez (1) s'est justement élevé dans son rapport sur le traitement des sinusites maxillaires, de novembre 1902.

Nos observations quoique peu nombreuses (cinq) confirment absolument la manière de voir de cet auteur.

1. Lermoyez, *Ann. des mal. de l'oreille*, novembre 1902.

Résultats de la méthode endo-nasale de Caldwell-Luc

Nous avons réuni dans ce travail 19 observations de suppurations maxillaires opérées par la méthode de Cadwell-Luc.

Nous en avons fait deux groupes, suivant que la brèche bucco-sinusale s'est rouverte après l'opération (opération atypique) ou au contraire s'est solidement maintenue fermée (opération typique).

1° Dans le premier groupe, quatre observations (n°s 53-54-55-56) nous ont montré que la fermeture de l'orifice bucco-maxillaire, rouvert après l'opération, s'est fermé spontanément.

Trois de ces malades, suivis par nous depuis 3 ans, ont vu cet orifice s'oblitérer complètement.

La quatrième présentant des lésions dentaires a été perdue de vue.

Dans tous les cas, nous avons constaté la guérison, mais *lentement*, en deux et trois années.

Dans tous les cas cette guérison a été obtenue au prix de nombreux soins consécutifs (lavages nasaux et sinusaux) continués très longtemps.

2° Dans le deuxième groupe, nous avons rangé les quinze observations qui restent, parmi lesquelles :

Dix malades ont complètement guéri ;

Deux ont été perdus de vue ;

Trois n'ont pas guéri pour des raisons variables.

a) Les malades guéris complètement ont vu leurs lésions opératoires se cicatriser différemment suivant l'étendue de la brèche naso-maxillaire.

Ils ont guéri d'autant plus vite que *cette brèche a été moins économique*.

Quant à ceux qui ont guéri lentement, ils ont présenté pendant très longtemps de nombreuses croûtes quelquefois fétides au niveau de la fosse nasale.

b) Parmi les malades qui n'ont pas guéri, deux présentaient (observation n° 48 et observation n° 42) encore des dents cariées (au 4e degré) qui vraisemblablement avaient réinfecté leur sinus.

Un autre, atteint de tuberculose laryngée au début, était un mauvais terrain qui, croyons-nous, n'a pu faire les frais de sa réparation nasale post-opératoire.

En résumé, dans tous les cas de guérison, la cicatrisation définitive s'est produite *lentement* et d'*autant plus tardivement* que la brèche nasale a *été moins largement pratiquée*.

D'ailleurs, nos malades ont été opérés d'une façon trop dissemblable pour que nous puissions donner ici des conclusions définitives.

CONCLUSION

1° LA MÉTHODE ENDO BUCCALE DE SEBILEAU trouve ses indications chaque fois qu'il est nécessaire :

a) D'assurer un drainage large ;

b) D'inspecter, *de visu*, la progression ou la régression d'une lésion des parois du sinus (complication orbito-oculaire, sinusite avec vaste lésion osseuse), etc... ;

2° L'opération de Sebileau, qu'elle soit large (typique avec abrasion du rempart alvéolaire) ou plus restreinte, donne des résultats *absolument constants.*

Elle apporte toujours la guérison, soit sans orifice bucco-sinusal (3/4 des cas), soit avec orifice bucco-sinusal (1/4 des cas) dont les dimensions sont toujours excessivement restreintes, ces derniers cas ressortissant presque tous à de récentes opérations.

3° LA MÉTHODE ENDO-BUCCALE DE DESAULT modifiée avec tamponnements donne également des résultats *constants.*

Elle apporte toujours la guérison mais avec persistance d'une large communication bucco sinusale.

Cet inconvénient seul suffit, dans tous les cas, à la rejeter.

4° LA MÉTHODE ENDO-NASALE DE CALDWELL-LUC a porté sur des observations trop dissemblables dans l'acte opératoire lui-même pour que nous puissions donner ici des conclusions définitives.

Elle nous a donné des résultats *inconstants* qui demandent encore de nouvelles études et de nouveaux travaux.

OBSERVATIONS

I. — Méthode endo-buccale Sebileau

Observation n° 7. — Rai..., 42 ans

Observation recueillie dans le service du Dr Sebileau.

Sinusite maxillo-dentaire consécutive à une arthrite chronique de la première molaire supérieure gauche.

Opération de Sebileau typique (5 *novembre* 1902). *Sinus guéri et fermé* (*juillet* 1904).

Mars 1901. — Rhinorrhée unilatérale fétide qui dure après divers traitements jusqu'en 1902.

Mai 1902. — Le malade est examiné à l'hôpital Péan. On reconnaît l'existence de la sinusite maxillo-dentaire. On y pratique l'extraction de la dent causale (première molaire supérieure droite).

Novembre 1902. — Devant l'insuccès du traitement étiologique, la *cure radicale* est décidée. Elle montre après ouverture de la fosse canine, très largement faite, de nombreuses fongosités remplissant le sinus. Eradication complète de la muqueuse. Abrasion du rempart alvéolaire depuis la deuxième prémolaire jusqu'à la tubérosité maxillaire (absence des trois molaires).

Décembre 1902. — Sinus encore largement ouvert (12 à 15 millimètres).

Présence de quelques mucosités à la surface interne du sinus.

Octobre 1903. — Orifice bucco-sinusal encore persistant, 2 à 3 millimètres de diamètre.

Octobre 1904. — *Sinus guéri et fermé*

Observation n° 8. — Tou..., 40 ans

Observation prise dans le service du Dr Sebileau (due à l'obligeance du Dr Caboche)

Sinusite maxillo-dentaire consécutive à une arthrite chronique de la première molaire supérieure droite compliquée d'infection de la muqueuse nasale (nombreux polypes).

Opération endo-buccale (8 *février* 1901). *Sinus guéri et fermé* (*juillet* 1901).

Janvier 1900. — La malade se fait soigner dans une clinique où on lui extrait un grand nombre de polypes du nez successivement.

Devant l'insuccès de ces opérations et souffrant de la moitié droite de la face, elle vient consulter à Lariboisière où l'on reconnaît l'existence d'une sinusite maxillaire droite.

La première molaire supérieure droite incriminée (carie du quatrième degré) est extraite avant la cure radicale qui est décidée.

Février 1901. — *Opération endo-buccale* qui montre après ouverture large de la fosse canine de nombreuses fongosités ; éradication de la muqueuse.

Avril 1901. — Persistance de polypes qui sont enlevés à la consultation.

Juillet 1901. — Les lavages ne sont plus possibles par l'orifice bucco-sinusal depuis un mois. *Sinus fermé et guéri* fin juillet.

Octobre 1904. — Même état. Guérison complète.

Observation n° 9. — Lef... Jos..., 35 ans

Observation recueillie dans le service du Dr Sebileau

Sinusite maxillo-dentaire consécutive à une arthrite chronique de la première molaire supérieure droite.

Cure radicale de Sebileau (*nov.* 1902) *Sinus fermé et guéri* (*avril* 1904).

Mars 1902. — Rhinorrhée unilatérale droite spontanée.

Juin 1902. — Fluxion dentaire au niveau de la première molaire supérieure droite. Le malade constate une augmentation énorme de sa suppuration nasale.

Octobre 1902. — Au cours d'une nouvelle fluxion, l'écoulement, qui avait diminué dans l'intervalle, prend des caractères d'abondance et de fétidité qui inquiètent le malade.

2 novembre 1902. — Le malade consulte à Lariboisière. L'examen des symptômes précédents fait penser à une sinusite maxillaire.

Etat dentaire défectueux ; on constate de nombreuses caries et notamment au niveau de la troisième molaire supérieure droite (4° degré).

Le traitement étiologique (extraction dentaire) suivi de lavages par le méat inférieur, est tenté sans résultat (5 lavages).

La cure radicale est décidée.

8 novembre 1902. — *Cure radicale Sebileau.* Opération atypique avec petite brèche de 15 à 20 millimètres de largeur. Nombreuses fongosités, éradication de la muqueuse.

28 novembre 1902. — Extraction de la deuxième prémolaire supérieure droite dont l'apex paraît avoir été dénudé au cours de l'opération et de la troisième molaire supérieure droite (4e degré).

Octobre 1904. — L'orifice bucco-sinusal est *fermé* depuis six mois (avril 1904).

Observation n° 10. — Lam..., 22 ans

Observation recueillie dans le service du Dr Sebileau

Sinusite maxillaire gauche d'origine nasale consécutive à une sinusite frontale.

Cure radicale de Sebileau (*mars* 1903). *Sinus guéri et fermé* (*nov.* 1904).

Juin 1900. — Ecoulement d'oreille gauche consécutif à une rhinite hypertrophique probable. Nombreux coryzas. (La suppuration de cette oreille cessa immédiatement après la cure radicale de la sinusite frontale.)

Octobre 1902. — Nombreux coryzas successifs déterminant fréquemment des douleurs dans la région frontale du côté gauche.

Février 1903. — Le malade se fait extraire une dent (première molaire supérieure gauche) atteinte de pulpite qui ne paraît pas être en cause dans l'affection présente.

A l'examen, on constate l'opacité des sinus maxillaire et frontal du côté gauche.

Il est probable qu'on a affaire à une suppuration des deux sinus frontal et maxillaire.

Le pus du sinus frontal paraît avoir infecté le sinus maxillaire atteint d'abord d'empyème puis de sinusite. On retrouve le coryza à l'origine de ces lésions. Il a produit d'abord un catharre tubaire suivi d'otite moyenne gauche, puis une sinusite frontale qui a déterminé l'empyème maxillaire.

La cure radicale est décidée.

Mars 1903. — Sinusite frontale, cure radicale (Kühnt Luc). Sinusite maxillaire, opération de Sebileau.

15 mars 1903. — Nouvelle opération au cours de laquelle on restaure la paroi antérieure du sinus frontal au moyen d'une plaque d'or perforée.

Janvier 1904. — L'orifice bucco-sinusal est extrêmement réduit (2 à 3 millimètres de diamètre).

Octobre 1904. — *Sinus guéri et fermé.*

Observation n° 11. — Gir..., 65 ans

Observation recueillie dans le service du Dr Sebileau (due à l'obligeance du Dr Lombard)

Sinusite maxillaire d'origine nasale probable (aucune lésion dentaire). Cure radicale de Sebileau (25 novembre 1903). Sinus guéri et fermé (février 1904).

Février 1903. — Rhinorrhée unilatérale simple, spontanée, accompagnée de douleurs de tête.

Septembre 1903. — Le malade vient consulter le Dr Lombard qui pense à une sinusite maxillaire légère sans fongosités.

Octobre 1903. — Le traitement conservateur est tenté pendant deux

mois. Neuf ponctions à travers le méat inférieur ramenant du pus ne suffisent pas pour guérir le malade.

La cure radicale est décidée.

Novembre 1903. — Après ouverture de la fosse canine, on constate la présence de nombreuses fongosités, surtout aux parois antérieure et supérieure du sinus. Résection complète du rempart alvéolaire externe.

Février 1904. — *Sinus guéri et fermé.* Le malade conserve néanmoins des douleurs très vives dans le territoire du nerf sous-orbitaire. On constate la présence d'un point très douloureux au niveau de l'émergence de ce nerf (Hyperesthésie de la région).

Observation n° 12. — Cori... Ber..., 26 ans

Observation recueillie dans le service du Dr Sebileau

Sinusite maxillo-dentaire consécutive à une arthrite chronique de la première ou deuxième molaire supérieure droite compliquée de séquestre.

Opération de Sebileau. Abrasion du rebord alvéolaire externe (*octobre* 1902). *Sinus guéri et fermé* (*octobre* 1904).

Juillet 1902. — La malade est prise de douleurs violentes, s'irradiant dans toute la tête. Elles sont dues à un abcès dentaire dont le siège paraît être la première ou la deuxième molaire supérieure droite (Extraction).

Octobre 1902. — La malade souffre toujours d'une suppuration au niveau de la deuxième prémolaire supérieure droite qu'elle fait extraire encore chez un dentiste. Quelque temps après la malade retire un séquestre alvéolaire.

Novembre 1902. — La malade mouche du pus du côté droit qui coule abondant et fétide.

Du côté de la bouche, l'examen au stylet montre l'existence d'une fistule au niveau de l'alvéole de la première molaire supérieure droite. On pénètre ainsi dans le sinus au milieu de fongosités.

Le diagnostic de sinusite maxillaire est confirmé et la cure radicale décidée.

Novembre 1902. — L'opération pratiquée par M. Lombard montre d'abondantes fongosités. Abrasion du rempart alvéolaire externe. Tamponnement pendant 24 heures.

Décembre 1902. — La malade sort guérie avec un orifice bucco-sinusal de 10 millimètres environ de diamètre.

Avril 1903. — La malade revient présentant une collection suppurée du sinus par suite de la fermeture bucco-sinusale.

L'ouverture après dilacération de l'orifice opératoire laisse échapper une certaine quantité de pus.

L'orifice normal naso-sinusal paraît être obturé fonctionnellement.

Octobre 1904. — La malade complètement guérie.

L'orifice bucco-sinusal est complètement *fermé*.

Observation n° 13. — Chap..., 40 ans

Observation recueillie dans le service du Dr Sebileau (due à l'obligeance du Dr Lombard)

Sinusite maxillo-dentaire consécutive à une arthrite chronique de la première molaire supérieure droite ayant déterminé un empyème, puis une sinusite frontale.

Cure radicale endo-buccale (*avril* 1901). *Sinus guéri et fermé* (*octobre* 1904).

Juin 1900. — Douleurs violentes dans toute la partie droite de la tête survenues subitement au cours d'un abcès dentaire de la première molaire supérieure droite (4e degré).

Rapidement la douleur se localise dans le front immédiatement au-dessus de l'œil droit.

En même temps apparaît une rhinorrhée fétide unilatérale.

Avril 1900. — La douleur augmentant, le malade vient consulter à Lariboisière où l'on prescrit des inhalations mentholées et des compresses chaudes sur le front.

Août 1901. — Le malade toujours souffrant et présentant une suppuration nasale des plus intenses, revient consulter. On reconnaît l'existence d'une sinusite frontale et d'une sinusite maxillaire chroniques.

La cure radicale est décidée et pratiquée par le Dr Lombard.

Sinusite frontale (cure radicale de Kühnt Luc).

Sinusite maxillaire : opération endo-buccale.

Pas de tamponnements du sinus. On fait de simples lavages à l'eau oxygénée dans l'antre.

Janvier 1903. — Le malade conserve un petit orifice bucco-sinusal extrêmement étroit (2 à 3 millimètres).

On constate la présence d'un écoulement du sinus qui paraît être rapportable à une réinfection d'origine dentaire (troisième molaire supérieure droite) atteinte de carie au 4e degré. Cette dent est extraite immédiatement.

Février 1903. — L'écoulement du sinus a complètement cessé depuis l'extraction.

25 octobre 1904. — *Sinus guéri et fermé.*

Observation n° 14. — Lec... Cél..., 20 ans

Observation recueillie dans le service du Dr Sebileau

Tuberculose du plancher de l'orbite ayant déterminé une sinusite maxillaire droite fermée avec double fistule cutanée (sous-orbitaire) et muqueuse (vestibulaire).

Indication absolue de la méthode endo-buccale, cure radicale de Sebileau (juillet 1903). *Sinus guéri et fermé (juillet* 1904).

Mars 1903. — Débuts : Par un gonflement de la moitié de la face sans qu'on puisse en saisir la cause. En effet, on ne pouvait soupçonner à droite aucune carie dentaire, par suite aucune arthrite dentaire. On constate qu'il ne sort absolument rien par les fosses nasales.

Avril 1903. — La moitié droite de la face est le siège d'un nouveau gonflement. L'œil présente une sorte de tension douloureuse ; il est complètement fermé ; la peau de la région est rouge et enflammée présentant au dire de la malade l'aspect d'un abcès prêt à percer. Aucune suppuration ne se produit encore par les fosses nasales.

Au cours de cette poussée, la malade fut d'abord prise d'une rage de dents dans toute la moitié supérieure du maxillaire ; toutes les dents présentaient une grande sensibilité au chaud et au froid avec impossi-

bilité de la mastication, tous troubles que l'on peut rattacher à la congestion intense que subissaient en ce moment les pulpes des dents incriminées.

Au bout de huit jours passés dans cet état, les douleurs dentaires diminuèrent, la face fut progressivement, mais très rapidement envahie par une tuméfaction qui ne tarda pas à gagner toute la joue droite. Elle vint s'ouvrir par une petite fistule au niveau du cul-de-sac vestibulaire supérieur près de la première prémolaire supérieure droite.

On a, dès ce moment, l'impression d'une lésion intrinsèque du sinus qui cherche à s'extérioriser.

Une autre poussée était inévitable à cause de l'étroitesse du premier trajet fistuleux.

Elle survint quinze jours après la précédente et se termina par une issue abondante du pus au niveau du bord antérieur du plancher de l'orbite à travers la peau de la joue. D'où fistule cutanée qui ne cessa de suppurer jusqu'à l'opération.

Juillet 1903. — A l'examen, on constate que la fosse nasale ne contient aucune trace de pus ; le stylet introduit par la fistule muqueuse vestibulaire remonte le long de la paroi antérieure du sinus jusqu'au bord inférieur de l'orbite donnant la sensation d'os dénudé ; même sensation lorsqu'on introduit le stylet dans la fistule cutanée sous-orbitaire. On pense dès lors à une lésion intrinsèque du sinus qui s'est extériorisée.

7 juillet 1903. — L'opération endo-buccale de Sebileau est décidée.

Au cours de l'opération qui comprend les temps ordinaires, on constate après l'incision vestibulaire, la présence d'une trépanation spontanée de la paroi antérieure du sinus par laquelle on pénètre avec un stylet jusque dans l'antre. Cette trépanation siège à peu près à un centimètre au-dessous du rebord orbitaire inférieur.

Après l'excision large de la paroi de la fosse canine, on constate la présence de nombreuses fongosités avec nécrose étendue de tout le plancher de l'orbite qui n'est respecté qu'au niveau du rebord orbitaire inférieur ; on constate en outre l'oblitération fonctionnelle de l'hiatus maxillo-nasal.

Le Dr Sebileau pense qu'il s'agit là d'une tuberculose du plancher de l'orbite.

Août 1903. — La malade ne présente plus aucun orifice fistuleux au niveau de la joue, l'orifice bucco-sinusal opératoire tend à se fermer (12 à 13 millimètres).

Janvier 1904. — La malade présente encore un orifice bucco-sinusal très réduit (2 ou 3 millimètres) par lequel ne sort aucun liquide.

Juillet 1904. — *Sinus guéri et fermé.*

Octobre 1904. — Même état, guérison complète.

Observation nº 15. — Pla..., 40 ans

Observation recueillie dans le service du Dr Sebileau (due à l'obligeance du Dr Lombard)

Sinusite maxillo-dentaire fermée consécutive à une arthrite compliquée de la deuxième molaire supérieure gauche ayant déterminé un phlegmon de l'orbite avec fonte purulente de l'œil ; enfin sinusite frontale gauche.

Indication absolue de la méthode endo-buccale. Opération (mars 1901) *Sinus guéri et fermé (juillet* 1901.)

Janvier 1899. — Fluxions répétées au niveau de la deuxième molaire à la suite desquelles le malade se rappelle avoir mouché beaucoup du côté gauche.

Cette rhinorrhée paraît déjà symptomatique d'une suppuration sinusale, d'autant plus qu'elle était d'une fétidité extrême et qu'elle était unilatérale.

Souvent l'écoulement s'arrêtait pour reparaître quelque temps après pour de longues semaines.

8 février 1901. — Il se produit un arrêt brusque de tout écoulement nasal. A ce moment l'orifice naso-maxillaire paraît s'être oblitéré fonctionnellement au moins ; le malade dit qu'alors sa joue a enflé sans aucun mal de dent, en dehors de toute fluxion.

15 février 1901. — Le malade présente des symptômes de rétention; il est en proie à de vives souffrances locales, en même temps que des troubles généraux apparaissent.

20 février. — Au bout de quelques jours il se produit une cessation brusque des phénomènes de rétention, à la suite d'une sorte de craquement qui se produisit dans la tête au dire du malade. Au même moment le malade rejeta par la fosse nasale une grande quantité de pus extraordinairement fétide. Pendant ce temps l'orbite était envahi

par l'inflammation et l'œil exorbité presque totalement avait perdu sa fonction.

Mars. — Il est envoyé d'urgence à l'hôpital pour un phlegmon de l'orbite qui fut ouvert aussitôt son arrivée au service ophtalmologique (Il est conduit ensuite au service dentaire).

La fétidité du pus mit le Dr Rodier sur la voie du diagnostic ; il pensa à ce moment à la possibilité d'une sinusite d'origine dentaire.

Après extraction de la deuxième molaire supérieure gauche, la trépanation de l'alvéole donna issue à une grande quantité de pus épais et fétide.

L'opération endo-buccale eut lieu trop tardivement, le Dr Lombard ne put sauver l'œil atteint déjà de fonte purulente.

4 mars. — Opération classique de la sinusite maxillaire ; énucléation de l'œil. Cure radicale de Kuhnt Luc pour la sinusite frontale.

Avril 1901. — Toutes les lésions opératoires sont en bonne voie.

Octobre 1901. — Le malade quoique infirme ne présente plus aucune lésion.

Sinus guéri et fermé.

Observation n° 16. — Ler... Jul..., 39 ans

Observation recueillie dans le service du Dr Sebileau

Sinusite maxillo-dentaire consécutive à une arthrite chronique de la première molaire supérieure droite compliquée de kyste radiculaire.

Opération Sebileau (25 *juin* 1903). *Sinus guéri et fermé* (*octobre* 1903).

---

25 mai 1903. — Début par des douleurs violentes d'origine dentaire. Un abcès palatin se forme et s'ouvre spontanément au niveau de la première molaire supérieure droite.

A partir de ce moment la malade est prise de rhinorrhée unilatérale extrêmement fétide.

17 juin. — L'examen de la bouche révèle la présence d'un orifice fistuleux au niveau de la première molaire supérieure droite.

La dent est extraite et présente à l'extrémité de sa racine palatine un kyste radiculaire.

18 juin. — L'examen physique du sinus maxillaire révèle la présence d'une suppuration du sinus déjà pressentie par les troubles fonctionnels précédents.

25 juin 1903. — L'opération radicale est décidée. Après ablation de toute la paroi externe du sinus, on reconnaît la présence d'un séquestre volumineux d'un centimètre de long à peu près.

Curetage des fongosités, éradication totale de la muqueuse ; l'opération est terminée par l'abrasion du rempart alvéolaire externe.

2 octobre 1903. — *Sinus guéri et fermé.*

Observation n° 17. — Ché... Ale..., 35 ans

Observation recueillie dans le service du Dr Sebileau (due à l'obligeance du Dr Lombard)

Sinusite maxillo-dentaire gauche probable ayant infecté la fosse nasale (polypes).

Méthode endo-buccale (août 1899). Sinus guéri et fermé (janvier 1903).

Juin 1898. — Début par violents maux de tête et mauvaise odeur dans la bouche. Le malade présente des polypes de la fosse nasale qui sont enlevés à l'anse froide.

Mai 1899. — Le malade présente des symptômes de sinusite. — Cacosmie — rhinorrhée unilatérale, etc.

Extraction des première et deuxième molaires supérieures gauches, qui sont atteintes de carie au quatrième degré et par suite incriminées.

Août 1899. — Opération endo-buccale après un mois de traitement étiologique et conservateur (Lavages par le méat inférieur).

Janvier 1903. — *Sinus guéri et fermé.*

Observation n° 17 *bis*. — Nad. . Wol..., 30 ans

Observation recueillie dans le service du Dr Sebileau

Sinusite maxillo-dentaire consécutive à une arthrite chronique de la première molaire supérieure gauche.

Opération endo-buccale (5 *mai* 1902). *Sinus guéri et fermé* (*avril* 1903).

Octobre 1900. — Début : Rhinorrhée unilatérale consécutive à un abcès dentaire de la première molaire supérieure gauche (racines).

Mai 1902. — Malgré de nombreuses cautérisations ignées sur les cornets aucune amélioration ne se produit.

En effet, il s'agissait d'une sinusite maxillaire chronique, non d'une rhinite.

20 mai. — Opération radicale décidée et pratiquée. Extraction des trois racines de la première molaire supérieure gauche, excision de la paroi antérieure du sinus, abrasion du rempart alvéolaire externe entre la deuxième prémolaire et la deuxième molaire.

Nombreuses fongosités.

30 mai. — L'orifice bucco-maxillaire (15 à 20 millimètres de diamètre) s'est rétreci.

5 décembre 1902. — Le malade ne présente plus qu'un orifice de 1 à 2 millimètres par lequel ne passe aucun liquide.

Avril 1903. — *Sinus guéri et fermé.*

Observation n° 19 *bis*. — X..., 30 ans, bonne santé

Observation recueillie dans le service du Dr Sebileau
(due à l'obligeance de M. Wicart, interne du service)

Sinusite maxillo-dentaire consécutive à une arthrite simple de la première molaire supérieure droite.

Opération de Sebileau (août 1904). Sinus guéri et fermé (sept. 1904).

Juillet 1904. — Le malade présente une rhinorrhée unilatérale droite symptomatique d'une sinusite maxillaire dont on confirme l'existence au moyen des signes physiques habituels.

Le traitement étiologique (extraction de la première molaire supérieure droite) ne suffit pas. La cure radicale est décidée et pratiquée par M. Wicart.

4 août 1904. — Opération atypique de Sebileau. Ouverture de la fosse canine entre la première prémolaire et la deuxième molaire.

Le rebord alvéolaire externe est respecté. Curetage du sinus, de nombreuses fongosités et éradication de la muqueuse.

5 septembre. — Guérison. *Sinus fermé.*

L'opérateur fait remarquer, pour expliquer cette guérison rapide, sa brèche limitée, s'étendant beaucoup en largeur et très peu en hauteur.

Observation n° 19 *ter*. — Laf..., 25 ans

Observation recueillie dans le service du Dr Sebileau
(due à l'obligeance du Dr Lafarcinade)

Sinusite maxillo-dentaire consécutive à une arthrite chronique de la première molaire supérieure gauche compliquée de fluxions répétées.

Opération de Sebileau (mars 1904). Sinus guéri et fermé (juillet 1904).

Février 1904. — Abcès au niveau de la racine palatine de la

première molaire, décollement de la muqueuse palatine jusqu'à la ligne médiane. Extraction de la dent.

Le lendemain le malade est pris de rhinorrhée unilatérale gauche symptomatique de sinusite maxillaire que confirment l'examen rhinoscopique, la diaphanoscopie et la ponction par le méat inférieur.

26 mars 1904. — Cure radicale de Sebileau atypique.

Après extraction de la deuxième prémolaire et de la deuxième grosse molaire la fosse canine est ouverte ; ablation de nombreuses fongosités, éradication totale de la muqueuse.

Mai 1904. — Le malade ne conserve plus qu'un orifice bucco-sinusal très réduit, 2 à 3 millimètres de diamètre.

Juillet 1904. — *Sinus guéri et fermé*, 3 mois après l'opération.

Observation n° 20. — Vai... Ant..., 30 ans

Observation recueillie dans le service du Dr Sebileau

Sinusite maxillo-dentaire droite consécutive à une arthrite chronique de la deuxième prémolaire supérieure droite.

Opération endo-buccale (*mai* 1902). *Malade perdu de vue.*

1801. — Début sans causes appréciables pour le malade par un écoulement de pus de la narine droite.

Cette rhinorrhée attire l'attention sur le sinus qui est trouvé rempli de pus.

Traitement étiologique.

Drainage par l'alvéole (2e prémolaire extraite) dont l'ouverture est entretenue par la présence d'un clou.

Mai 1902. — Le malade enfonce son clou dans le sinus que l'on ne peut retirer malgré plusieurs tentatives.

2 juin. — La cure endo-buccale de Sebileau est décidée et pratiquée.

Ouverture large, admet presque la pulpe des deux pouces. Curetage complet de l'alvéole et du sinus. Extraction du corps étranger.

Ce sinus ne contenait pas de pus, mais ses muqueuses étaient dégénérées (polypoïde).

Abrasion du rempart alvéolaire entre la canine et la deuxième molaire supérieures droites.

26 novembre 1902. — Le malade présente encore un orifice bucco-maxillaire extrêmement réduit (2 à 3 millimètres de diamètre).

Sinus guéri ne suinta plus, mais non fermé encore.

Octobre 1904. — Perdu de vue.

Observation n° 21. — Poch... Jul..., 42 ans

Observation recueillie dans le service du Dr Sebileau

Sinusite maxillo-dentaire consécutive à une arthrite chronique de la deuxième molaire supérieure droite compliquée d'abcès multiples et de séquestres du maxillaire.

Opération Sebileau (4 décembre 1902). Malade perdu de vue.

1895. — Débuts par abcès dentaires multiples au niveau des molaires supérieures droites.

Août 1902. — La malade présente un gonflement énorme de la joue droite, dû à un abcès dentaire siégeant au niveau de la deuxième molaire supérieure droite ; poussées d'arthrite successives et nombreuses pendant trois mois.

1er nov. 1902. — Au cours d'une de ces fluxions la malade commence à moucher du pus très fétide.

Examinée à ce moment elle présente les symptômes fonctionnels d'une sinusite.

L'examen de la bouche montre que la mâchoire supérieure est complètement démantelée de ses dents ; seules persistent les racines des deux incisives et la deuxième molaire supérieure gauches. On constate de plus la présence d'une fistule au niveau de l'alvéole de la deuxième molaire supérieure droite par laquelle on pénètre au moyen d'un stylet jusque dans le sinus. Nombreuses fongosités.

4 décembre 1902. — La cure radicale est décidée et pratiquée. L'ouverture de l'antre est très pénible, mais, après élargissement de la brèche, on tombe dans un sinus comblé de fongosités.

Curetage soigneux, éradication totale de la muqueuse. Suites opératoires ordinaires.

Janvier 1903. — La malade conserve encore un orifice bucco-sinusal qui se rétrécit de jour en jour (5 à 6 millimètres de diamètre).

Malade perdu de vue.

Observation n° 23. — Dou... Pre..., 33 ans

Observation recueillie dans le service du Dr Sebileau

Sinusite maxillaire traumatique, par pénétration d'une tige de bois à travers la paroi antérieure du sinus passée à la chronicité. Opération radicale de Sebileau (mai 1903). Perdu de vue.

Octobre 1902. — Débuts : chute sur le menton au cours de laquelle le malade est tombé sur un pieu qui a pénétré dans la bouche. Ce dernier a déchiré la lèvre supérieure, fracturé la deuxième prémolaire supérieure droite et perforé la paroi antérieure du sinus où il s'est brisé.

9 novembre. — Un abcès se forme au niveau de la joue droite qui donne bientôt issue à du pus fétide ainsi qu'à un débris de bois resté dans le sinus lors de l'accident.

Janvier 1903. — L'abcès s'étant fistulisé à la joue, le malade faisait constamment par l'intermédiaire de cet orifice des lavages qui ressortaient par les fosses nasales.

Mai 1903. — L'exploration au stylet montre que la paroi antérieure du sinus est en partie détruite ; on pénètre ainsi à travers le sinus jusqu'au plancher de l'orbite.

27 mai 1903. — Opération radicale, trépanation large de la paroi du sinus, abrasion du rempart alvéolaire externe.

On rencontre dans le sinus un morceau de bois gros comme une noisette resté dans la plaie lors de l'accident.

5 juin. — Le malade sort très amélioré et présentant un orifice bucco-sinusal de 15 à 20 millimètres de diamètre.

Malade perdu de vue (1904).

Observations nos 24 et 25. — Boul..., 27 ans

Observation recueillie dans le service du Dr Sebileau

Sinusite maxillo-dentaire consécutive à une arthrite chronique de la première molaire supérieure droite ayant déterminé un empyème, puis une sinusite frontale.

Opération (16 *février* 1902). *Sinus guéri, non fermé* (*déc.* 1902).

Novembre 1901. — Débuts : abcès de la première molaire supérieure droite, une tentative d'extraction infructueuse fait que le malade conserve trois racines infectées de cette molaire.

Février 1902. — L'extraction des racines est ordonnée par le Dr Sebileau à la suite de l'apparition d'une rhinorrhée unilatérale fétide.

25 février. — Le sinus malade est ouvert par la voie alvéolaire et lavé régulièrement par cette voie.

2 avril. — Après de nombreux lavages sans résultats, le malade se décide à tenter la cure radicale.

Le Dr Sebileau constate la présence de nombreuses fongosités dans le sinus, il fait l'éradication complète de la muqueuse.

La sinusite frontale est également opérée par la méthode radicale Kuhnt-Luc.

30 avril. — Le malade est en bonne voie de guérison.

6 déc. 1902. — Sinus guéri mais non fermé. Orifice bucco-sinusal de 2 à 3 millimètres de diamètre.

Janvier 1904. — Le malade est de nouveau atteint de sinusite maxillaire. Mais ces renseignements sont insuffisants.

Observation n° 26. — Aut..., 34 ans

Observation recueillie dans le service du Dr Sebileau

Sinusite maxillo-dentaire consécutive à une arthrite simple de la première molaire supérieure gauche (dent plongeante).

Opération endo-buccale de Sebileau (nov. 1902). Malade perdu de vue.

1897. — Débuts : ancienne sinusite d'origine dentaire traitée depuis 7 ans par des lavages (Méth. de Cooper).

Novembre 1902. — Le malade souffre d'une irritation pulpaire (pulpe non ouverte) de la première molaire supérieure gauche. On pénètre largement dans le sinus par l'orifice qu'a laissé une extraction pratiquée sur la deuxième molaire supérieure gauche.

26 novembre. — Le malade subit une extraction de la première molaire supérieure gauche. Cette extraction, non suivie de curetage, n'a pour but que de faciliter la fermeture du sinus maxillaire. L'examen de la dent extraite montre qu'elle est atteinte de cémentite de ses trois racines en rapport avec une arthrite d'origine sinusale.

20 mars 1903. — Le malade revient présentant des douleurs pulpaires très nettes au niveau de la deuxième prémolaire et de la troisième molaire gauches. Peut-être y a-t-il eu légère dénudation de l'apex par la curette du chirurgien.

Avril 1903. — L'orifice bucco-sinusal présente encore un diamètre de 7 à 8 millimètres. Malade perdu de vue.

Observation n° 27. — Arch..., 32 ans

Observation recueillie dans le service du Dr Sebileau
(due à l'obligeance du Dr Lemerle).

Sinusite maxillo-dentaire consécutive à une arthrite simple de la première molaire supérieure droite.

Opération Sebileau (22 octobre 1903).

Novembre 1902. — Débuts : abcès dentaire s'ouvrant dans le

vestibule de la bouche au niveau de la première grosse molaire supérieure droite, cariée au 4e degré.

Extraction de cette dent et de la première petite molaire supérieure droite également cariée.

A ce moment la malade remarqua qu'elle crachait du pus et, pendant deux mois, elle se plaignit d'une sensation de tension douloureuse au niveau de la région malade et de la narine droite.

Ces douleurs diminuèrent peu à peu.

Octobre 1902. — Actuellement la malade se plaint de cracher du pus le matin à son réveil : ce pus est jaune et fétide. Pas d'écoulement de pus par l'orifice antérieur des fosses nasales, pas de pus quand la malade se mouche ni lorsqu'elle penche la tête.

Eclairage des sinus montre :

1° Le sinus frontal s'éclaire normalement ;

2° Le sinus maxillaire droit est douteux.

L'examen de la bouche montre que la deuxième grosse molaire supérieure droite, la deuxième petite molaire supérieure droite et l'incisive supérieure droite sont saines.

Les autres dents manquent. Pas de racines.

Examen du nez :

Atrophie des cornets inférieurs.

Rhinoscopie antérieure : pas de pus.

Rhinoscopie postérieure : quelques mucosités.

Rhinite atrophique, sans suppuration.

Catarrhe naso-pharyngien.

On décide l'opération.

22 octobre. — Opération Sebileau. Ouverture large par la fosse canine. Résection détruite de toute la paroi antérieure. Curetage attentif.

Destruction du rempart alvéolaire entre la prémolaire et la molaire qui restent. Pus dans le sinus et fongosités très abondantes dans l'angle postéro-inférieur du sinus.

1er novembre. — La malade sort avec un orifice bucco-sinusal de 12 à 15 millimètres.

Octobre 1904. — La malade habitant la province nous donne de ses nouvelles ; elle se dit guérie, mais nous ne pouvons constater *de visu* si son sinus est fermé.

Observation nº 28. — Carl... Ber..., 18 ans

Observation recueillie dans le service du Dr Sebileau (due à l'obligeance du Dr Lombard).

Sinusite frontale d'origine nasale (Coryza) avec lésions ostéo-myélitiques ayant déterminé un empyème, puis une sinusite maxillaire.

Opération de Sebileau (oct. 1903). *Sinus guéri non fermé* (janv. 1904). *Malade perdu de vue.*

Année 1903. — Coryzas multiples se succédant l'un à l'autre, symptomatiques de rhinite hypertrophique.

Février 1903. — Douleurs dans la région frontale qui ne font qu'augmenter.

Juillet 1903. — Les douleurs sont des plus intenses au niveau de la région frontale et s'irradient dans toute la moitié de la face droite.

Août 1903. — Au cours de ces douleurs l'œil droit est rapidement envahi par un œdème venu de la région frontale.

Sept. 1903. — L'examen montre la présence du pus dans le méat moyen et on tend à rattacher ainsi les différents troubles précédents à une sinusite frontale. Du côté du sinus maxillaire, on constate de l'opacité à la diaphanoscopie. La cure radicale est décidée pour les deux sinusites.

17 septembre 1903. — Opération de Sebileau (Sinus maxillaire).

Après trépanation de la paroi antérieure on constate la présence de nombreuses fongosités sur la paroi nasale du sinus, mais pas de pus liquide.

Cure radicale de Kuhnt-Luc pour la sinusite frontale.

Après l'incision classique on découvre un vaste abcès sous-périosté qui était la cause de l'œdème de la paupière supérieure et de l'occlusion complète de cette dernière. La table antérieure du sinus laisse suinter le pus contenu dans ce dernier à travers les orifices vasculaires. Il n'y a pas à proprement parler de trépanation de cette table antérieure. Nombreuses fongosités ; agrandissement du canal naso-frontal aux dépens des cellules ethmoïdales antérieures péri-infundibulaires ; on place

un drain au niveau de l'incision cutanée qui n'est pas suturée mais simplement pansée à plat.

8 novembre 1903. — 1° Sinus maxillaire. L'orifice bucco-sinusal s'est beaucoup rétréci ; mesure maintenant 4 à 5 mm. de diamètre.

2° Sinus frontal guéri en janvier 1904. L'orifice bucco-sinusal n'existe plus qu'à l'état de trou infiniment restreint (1 mm.).

Octobre 1904. — Malade perdu de vue.

Observation n° 29. — Sot... Ang..., 30 ans

Observation recueillie dans le service du Dr Sebileau (due à l'obligeance du Dr Caboche)

Sinusite maxillo-dentaire fermée, consécutive à une arthrite de la première molaire supérieure gauche compliquée :

1° *De fluxion phlegmoneuse ;*

2° *De nécrose étendue du rebord alvéolaire ;*

3° *De fistules multiples (une cutanée sous-orbitaire et une vestibulaire).*

Opération typique Sebileau avec abrasion alvéolaire externe ; indication absolue de la méthode. Guérison. Sinus guéri, non fermé.

La malade vient consulter pour un gonflement énorme de la paupière accompagné d'une tuméfaction jugale du volume d'une grosse noix, avec rougeur et œdème, accompagnés de fluctuation manifeste.

Une fistule cutanéo-jugale au-dessous du rebord orbitaire inférieur donne issue à du pus très fétide.

Du côté de la bouche, la voûte palatine près du rebord alvéolaire droit est le siège d'une autre tuméfaction du volume d'une grosse noix et fluctuante. Le bord alvéolaire lui-même est fortement gonflé. Les trois molaires implantées sur ce bord sont complètement ébranlées et se mobilisent en masse facilement. Elles paraissent implantées sur un séquestre déjà mobilisé. En avant et au niveau de l'alvéole vide de la première prémolaire, on voit sourdre du pus ; un stylet introduit dans cette alvéole pénètre manifestement dans le sinus, d'où le pus sort en grande abondance et presque sous pression.

A aucun moment, il ne s'est produit aucun écoulement par le nez (affirmation de la malade) ; d'ailleurs les fosses nasales sont objectivement nettes de toute trace purulente. Il s'agit, en somme, d'une suppuration fermée du sinus, qui, cherchant à s'extérioriser, a déterminé une fistule au niveau du processus alvéolaire (alvéole de la première prémolaire) puis au cours d'une poussée ultérieure a déterminé une seconde fistule au niveau de la paroi antéro-externe du sinus.

Un abcès en bouton de chemise en est résulté à la suite du décollement de la paroi antérieure, donnant du pus par la fistule cutanée, plus haut décrite.

1er octobre 1903. — Opération radicale endo-buccale de Sebileau.

Elle montre après ouverture de la fosse canine : 1° la présence de nombreuses fongosités ;

2° Une perforation osseuse de la paroi antérieure du sinus au-dessous du rebord orbitaire inférieur ;

3° La nécrose de tout le processus alvéolaire et d'une partie de la voûte du palais ;

4° Nombreux petits séquestres alvéolaires.

5 octobre. — Amélioration considérable des lésions.

Le bourgeonnement continue normalement à se faire.

20 octobre. — La malade, guérie, présente un grand affaissement de la voûte palatine à droite, par suite de l'ablation du squelette nécrosé lors de l'opération.

Fistule cutanée sous-orbitaire cicatrisée. Orifice bucco-sinusal encore persistant ; 10 mm. de diamètre.

En résumé, très bons résultats ; malade étrangère (russe) perdue de vue.

Observation n° 30. — Hen... Gab..., 56 ans

Observation prise dans le service du Dr Sebileau (due à l'obligeance du Dr Lemerle).

Sinusite aiguë fronto-nasale gauche, sinusite aiguë maxillo-nasale, toutes deux ayant passé à la chronicité.

Opération Sebileau avec conservation des dents (22 juin 1903).

Sinus guéri non fermé.

Juin 1903. — Débuts : la malade mouche du pus depuis un an par

la narine gauche. Céphalée à gauche. Lésions douloureuses du frontal au-dessus et en dedans de l'extrémité interne du sourcil. Douleurs à la pression au-dessous du rebord orbitaire et au niveau de la paroi zygomatique à gauche.

A l'examen on constate du pus dans le nez.

L'examen de la bouche n'indique pas de dents mauvaises.

La diaphanoscopie montre les sinus frontal et maxillaire opaques.

On décide l'opération.

22 juin 1903. — On commence par le sinus frontal. Opération classique Kuhnt-Luc.

Le pus s'échappe presque sous pression.

Le sinus est à peu près sain ; seul l'angle inféro-interne est plein de fongosités qui obturent le canal naso-frontal. Dans celui-ci on introduit à peine la plus petite curette, mais en forçant un peu, on lui donne enfin les dimensions opératoires habituelles.

On continue par le sinus maxillaire.

Après l'incision et la trépanation habituelle on trouve un sinus plein de fongosités qui saignent abondamment ; le bord alvéolaire très accentué rend l'abord du sinus difficile ; mais comme il n'existe aucune dent malade on ne résèque pas le rempart alvéolaire externe.

On aurait pu craindre un récessus sus-alvéolaire, mais la disposition de la face sinusale était telle qu'elle venait affleurer l'extrémité interne de la trépanation qui se trouvait ainsi être parfaitement au point le plus déclive. On fait un curetage attentif et le sinus est tamponné.

5 juillet 1903. — La malade sort avec un orifice bucco-sinusal de 4 à 5 mm.

Octobre 1904. — Malade perdue de vue.

Observation n° 31. — Goa... Ame..., 40 ans.

Observation recueillie dans le service du Dr Sebileau

Kyste adamantin para-dentaire du maxillaire supérieur gauche. Opération atypique de Sebileau, ouverture large suivie d'effondrement de la paroi antérieure du sinus ; curetage et éradication de la muqueuse du sinus (novembre 1902). Guérison avec persistance d'un orifice bucco-sinusal (octobre 1904).

Juillet 1902. Début. — Fluxion dentaire au niveau de la canine supérieure gauche réduite à l'état de chiquot. L'abcès se vide de lui-même, mais une fistule persiste longtemps après.

Août 1903. — Une grande sensibilité persiste à la suite de cette fistule. Elle paraît due à la présence d'une petite tumeur du volume d'un petit pois.

Octobre 1903. — La tumeur s'est agrandie et est devenue de la grosseur d'une noix. Elle évolue sans fièvre ni inflammation.

L'examen de la bouche montre des caries nombreuses sur lesquelles sont incrustées d'épaisses couches de tartre et de nombreuses ulcérations analogues à des vésicules d'Herpès confluentes au niveau de la langue.

On fait l'ablation des racines malades sauf de la canine.

Novembre 1903. — On décide l'opération.

20 novembre 1903. — Opération atypique de Sebileau.

Dans un premier temps on dénude la poche après incision de la muqueuse vestibulaire. La décortication est impossible par suite de l'ouverture du kyste. L'orifice fistuleux est agrandi et laisse échapper un liquide purulent contenant quelques cristaux de cholestérine.

A l'exploration de la cavité ainsi ouverte on s'aperçoit que la racine de la canine (carie du 4e degré) pénètre par son apex dans la poche kystique. La membrane constituant la paroi du kyste est enlevée par fragments. On découvre aussi à la face profonde du kyste une paroi osseuse perforée qui n'est autre que la paroi antéro-externe du sinus.

Il y avait entre les deux cavités kystique et sinusale une sorte de diaphragme perforé à son centre. Cette paroi du sinus est effondrée

en totalité et on pratique, en finissant, l'éradication complète de la muqueuse sinusale. Le moulage de la brèche opératoire est pris au moyen de cire et est figuré sur notre planche n° 5.

Décembre. — De nombreux débris de la poche kystique de la consistance d'une coque d'œuf sont entraînés encore par les lavages.

Février 1903. — Une injection intra-kystique ne passe pas par la fosse nasale.

Novembre 1903. — Persistance d'un tout petit orifice au niveau du cul-de-sac vestibulaire supérieur. Une injection poussée dans la cavité opératoire ne sort pas par la fosse nasale.

Octobre 1904. — Malade perdu de vue.

Conclusions. — Nous rattachons la persistance de cet orifice à l'oblitération de l'orifice normal du sinus maxillaire. C'est donc un *orifice de remplacement* destiné à l'aération de la cavité.

Observation 34 *bis*. — Rai.., Vic..., 58 ans

Observation recueillie dans le service du Dr Sebileau (due à l'obligeance du Dr Lombard).

Kyste para-dentaire infecté, faisant saillie dans la fosse nasale et dans le vestibule au niveau des incisives centrales.
Opération Sebileau (août 1903), cavité kystique guérie.
Persistance d'un orifice bucco-kystique. Orifice d'aération.

Le début paraît ignoré du malade. Ce dernier ne s'est aperçu de la présence d'une tumeur au niveau de la région inter-maxillaire que vers janvier 1903.

Août 1903. — Du côté de la bouche et faisant saillie dans le vestibule, on constate la présence d'une tumeur du volume d'une petite noix. Elle est légèrement rénitente à la palpation et semble contenir du liquide. Elle est un peu douloureuse et c'est la raison pour laquelle le malade désire se faire opérer.

Du côté des fosses nasales, on constate qu'elle est légèrement saillante au niveau du plancher de la fosse nasale droite.

19 août 1903. — Opération. Après incision de la muqueuse vestibulaire, allant d'une canine à l'autre, on constate la rupture de la

poche qui donne issue à un liquide purulent. On enlève le reste de la paroi kystique par fragmentation. On constate, qu'à la partie profonde la paroi sinusale paraît refoulée, mais intacte.

30 août 1903. — La brèche opératoire s'est considérablement réduite.

Octobre 1904. — On constate la *persistance de l'orifice bucco-kystique destiné à l'aération de la poche (orifice d'aération)*.

II. — Méthode Desault « avec tamponnements »

Observation n° 35. — Alc..., 35 ans

Observation recueillie dans le service du Dr Sebileau (due à l'obligeance du Dr Lombard)

Sinusite maxillo-dentaire consécutive à une arthrite simple de la deuxième prémolaire ou de la première molaire supérieure gauche. Méthode Desault avec tamponnements longtemps prolongés. Persistance d'un orifice bucco-sinusal large.

1894. — Le malade consulte à Lariboisière pour une affection des fosses nasales ?

On diagnostique une sinusite.

Après extraction de la première molaire supérieure droite on met un drain (méthode de Cooper).

Il garde le clou cinq ans.

1899. — Le malade souffrant toujours, on décide l'opération.

On pratique l'opération de Desault modifiée.

La brèche par la fosse canine a été largement ouverte.

Pendant deux ans environ, on fait des *tamponnements*.

Janvier 1903. — L'orifice bucco-sinusal est toujours très perméable, il admet la grosseur d'un petit porte-plume.

Octobre 1904. — Le malade est guéri. *Persistance de l'orifice bucco-sinusal*.

Observation n° 36. — Mey..., 50 ans

Observation recueillie dans le service du Dr Sebileau,
(due à l'obligeance du Dr Lombard)

Sinusite maxillo-dentaire consécutive à une arthrite chronique simple de la première ou deuxième molaire supérieure gauche.
Opération Desault modifiée avec tamponnement (31 *janvier* 1900).
Persistance d'un orifice bucco-sinusal large.

1899. — Débuts : le malade se plaint de douleurs névralgiques ; on fait l'extraction de deux vieilles racines molaires.

Le malade mouche du pus par le nez, très fétide, on fait une ponction alvéolaire (méthode de Cooper).

Le malade fait des lavages pendant un an, mais la suppuration reste persistante du côté de la bouche.

2 février 1900. — On décide l'opération Desault *modifiée avec tamponnements.*

Juillet 1902. — Pas de douleurs, quelques mucosités viennent du côté buccal.

Janvier 1903. — L'orifice nasal persiste très large, il admet au dire du malade la grosseur d'un porte-plume.

L'orifice buccal situé au niveau de la première molaire supérieure gauche persiste également.

Les aliments pénètrent dans le sinus, mais un lavage les évacue rapidement.

Octobre 1904. — Les orifices naso-sinusal et bucco-maxillaire restent très larges.

Observation n° 37. — Dur..., 39 ans

Observation recueillie dans le service du Dr Sebileau

Sinusite maxillo-dentaire consécutive à une arthrite chronique de la deuxième molaire supérieure gauche.

Méthode de Cooper pendant un an, suivie de cure radicale endo-buccale.

Méthode Desault avec tamponnements longtemps prolongés.

Persistance d'un orifice bucco-sinusal large.

Octobre 1900. — Début brusque par des douleurs très intenses au niveau de la deuxième molaire supérieure gauche plombée depuis 10 ans.

Le malade veut la faire extraire par un dentiste qui broie la couronne.

Un autre dentiste arrache les racines laissées après la première tentative d'extraction et constate l'existence d'une sinusite. Ouvrant le sinus au niveau de l'alvéole, il fait évacuer du pus non fétide. Il place un drain et le malade fait des pansements pendant deux ans.

La suppuration ne diminuant pas, le malade décide de se faire opérer.

L'opération Desault est faite le 15 décembre 1903 avec tamponnements.

Mars 1903. — Le malade qui habite la province, donne de ses nouvelles.

Il se plaint de douleurs névralgiques.

27 octobre 1904. — Le malade donne encore de ses nouvelles.

L'orifice endo-buccal n'est pas complètement fermé.

Le malade se plaint d'un suintement persistant qu'il attribue lui-même à un manque de soins. Cette sécrétion est très intermittente.

En résumé : Bonne opération, quoique persistance de l'orifice bucco-sinusal.

Observation n° 38. — Mich... Pau..., 23 ans

Observation recueillie dans le service du Dr Sebileau
(due à l'obligeance du Dr Lombard)

Sinusite aiguë frontale droite, sinusite aiguë maxillaire droite, passées à l'état de chronicité (toutes deux). Origine grippale probable.

Opération de Desault modifiée avec tamponnements (sinusite maxillaire) opération de Kuhnt Luc (sinusite frontale).

Mars 1900. — Début brusque par des douleurs très vives dans la moitié de la face et du front du côté droit.

Il survient une suppuration abondante par le nez.

Des troubles oculaires apparaissent en même temps.

La diaphanoscopie montre les sinus maxillaire et frontal opaques (aucune dent malade).

Avril 1900. — On décide l'opération qui est faite le 2 avril.

L'ouverture du sinus maxillaire faite largement au niveau de la première molaire supérieure droite montre l'existence de nombreuses fongosités.

L'ouverture du sinus frontal a été faite à l'angle interne de l'œil droit (opération classique).

Des tamponnements ont été pratiqués dans le sinus maxillaire pendant sept mois.

Janvier 1903. — L'orifice bucco-sinusal pratiqué très haut paraît avoir conservé les mêmes dimensions qu'aux premiers jours de l'opération. Le sinus est parfaitement guéri et tapissé par une muqueuse dans toute son étendue ; les aliments lorsqu'ils pénètrent ressortent par simple aspiration.

Octobre 1904. — L'ouverture buccale est toujours largement perméable : elle admet la grosseur d'un porte-plume.

Bons résultats malgré l'existence de l'orifice.

Observation n° 38 *bis*. — Jan... Fre..., 40 ans

Observation recueillie dans le service du D^r^ Sebileau
(due à l'obligeance du D^r^ Lombard)

Sinusite maxillo-dentaire fermée consécutive à une arthrite chronique de la première molaire supérieure gauche.
Opération de Desault modifiée avec tamponnement (27 *fév.* 1901).

Août 1900. — Début par un abcès dentaire du côté gauche au niveau de la première molaire supérieure gauche.

Cet abcès s'est fistulisé par la gencive dans le vestibule et il récidive souvent.

Janvier 1901. — On constate un volumineux abcès dentaire accompagné de mauvaise odeur buccale.

A l'éclairage le sinus reste lumineux.

Pas de pus dans le nez.

Le pus de la sinusite se vide par la fistule vestibulaire.

Février 1901. — On décide l'opération.

Opération, 22 février 1901.

On commence par l'extraction des première et deuxième prémolaires, première et deuxième molaires supérieures gauches.

On fait une ouverture très haute au niveau de la première grosse molaire supérieure gauche. On ramène une grande quantité de pus et de nombreuses fongosités. Curetage, éradication complète de la muqueuse.

Tamponnements.

Janvier 1903. — La fistule buccale reste largement perméable.

Elle admet la grosseur d'un porte-plume.

Les aliments pénètrent dans le sinus, mais un lavage suffit à les enlever.

En résumé, bons résultats à part l'inconvénient de l'orifice bucco-sinusal très large, permettant le passage des aliments.

Octobre 1904. — Malade perdu de vue.

III. — Méthode endo-nasale de Caldwell-Luc

Observation n° 39. — Bla..., 50 ans

Observation recueillie dans le service du Dr Sebileau (due à l'obligeance du Dr Lombard)

Empyème maxillaire gauche consécutif à la rupture d'un kyste suppuré paradentaire de la fosse canine ayant déterminé une sinusite maxillo-pyorrhéique. Méthode de Luc, janv. 1901. *Sinus guéri en octobre* 1904.

5 mai 1900. — Début par une grosseur du volume d'une petite noisette qui se développe au niveau de la fosse canine gauche.

La tumeur n'augmente que peu rapidement.

Puis douleurs dentaires de pulpite (névralgies spontanées et provoquées au chaud et au froid au niveau de la canine supérieure gauche).

Le malade souffre beaucoup de sa dent pendant quelques jours.

Il se décide à la faire extraire, mais elle ne présentait aucune trace de carie.

On pouvait supposer que cette dent était mortifiée, mais les douleurs de pulpite ne sont pas en faveur de cette hypothèse.

15 mai 1900. — Peu de jours après, une semaine environ, le malade présente comme une fluxion dentaire au niveau de la dent extraite, mais la paupière ne gonfla pas.

Puis enfin et progressivement le malade se met à moucher du pus.

Il y a tout lieu de penser à un kyste para-dentaire s'étant infecté par l'intermédiaire de l'alvéole de la dent extraite (canine) et s'étant déversé dans le sinus, par l'intermédiaire d'une fistule kysto-sinusale.

Janvier 1901. — Une ponction par le méat inférieur donne issue à du pus très fétide.

Le malade attend 5 mois avant de se décider à l'opération.

Méthode endo-nasale. — Orifice bucco-maxillaire fermé par première intention.

Traitement post-opératoire. Lavages naso-sinusaux pendant 20 jours.

Janvier 1904. — Mouche constamment du mucus épais du côté de la région opérée. Lavages naso-sinusaux deux fois par jour.

Augmentation des croûtes pendant l'hiver.

Octobre 1904. — Large orifice naso-sinusal, le stylet ne retire plus rien.

En résumé, indications relatives de la méthode endo-nasale.

Bons résultats, mais tardifs.

Observation n° 40. — Bret... Jul...

Observation recueillie dans le service du Dr Sebileau

Sinusite maxillo-dentaire gauche consécutive à une arthrite chronique de la première et deuxième molaire ayant déterminé un empyème puis une sinusite frontale.

Opération de Luc (avril 1901). — Perdu de vue.

Avril 1901. — Signes de sinusite maxillaire et frontale d'origine dentaire. L'examen de la bouche révèle des caries du 4e degré des deuxième et troisième molaires supérieures gauches.

L'extraction ne détermine pas de soulagement notable.

On pratique la cure radicale de la sinusite maxillaire.

Quant à la sinusite frontale, elle est traitée par la méthode Kuhnt-Luc. Nombreuses fongosités dans les deux sinus.

Janvier 1903. — Croûtes sentant mauvais expulsées deux fois par jour.

L'examen du nez montre l'absence de la plus grande partie du cornet inférieur réséqué pendant l'opération ; la narine très élargie permet de voir le pharynx. Plus de trace d'orifice dans les fosses nasales.

Présente quelques croûtes et un peu de pus concret.

En résumé, résultat médiocre ; croûtes nombreuses et fétides en janvier 1903, c'est-à-dire deux ans après l'opération.

Perdu de vue.

Observation n° 41. — Ach.. Bro..., 40 ans

Observation recueillie dans le service du Dr Sebileau

Sinusite maxillo-dentaire consécutive à une affection atténuée d'origine pulpo-dentaire. Cure radicale endo-nasale Luc (août 1901). Réinfection du sinus par lésions dentaires (4e degré).

Début. — Le malade est pris de douleurs et maux de tête, névralgies, suppuration nasale abondante continuelle surtout nocturne, rhinorrhée fétide, tous symptômes d'une sinusite maxillaire. Néanmoins pas de douleurs dentaires.

Opération de Luc typique. Irrigations nasale et sinusale pendant trois semaines.

Janvier 1903. — Actuellement le malade mouche du pus assez fréquemment. Douleurs névralgiques. Rhinorrhée fétide. Croûtes extrêmement fétides le matin.

Elles paraissent dues à une réinfection du sinus qu'explique la présence de racines (prémolaire et molaire supérieures droites).

Octobre 1904. — Malade perdu de vue.

Observation n° 42. — Chât..., 30 ans

Observation recueillie dans le service du Dr Sebileau (due à l'obligeance du Dr Caboche)

Sinusite maxillo-dentaire gauche par arthrite chronique de la première molaire supérieure gauche, avec poussées aiguës (fluxion) successives. Cure radicale endo-nasale de Luc, août 1902. Guérison après réouverture de l'orifice bucco-sinusal.

Antécédents. — Janvier 1901.— Polype de la cloison (côté gauche).

Octobre 1901. — Rhinorrhée fétide. On diagnostique sinusite maxillaire ; traitement de Cooper, trépanation de l'alvéole palatine de la dent

malade. On n'enlève pas les racines externes de la molaire. Clou pour lavages et drainage.

Mars 1902. — Consultation à Lariboisière où est confirmée la sinusite. Etat dentaire :

1° Persistance d'une racine externe de la première molaire supérieure gauche ;

2° Mortification de l'incisive latérale supérieure gauche et de l'incisive centrale supérieure droite.

Opération endo-nasale. — 7 août 1902. — Curetage de la muqueuse. Suture de l'orifice bucco-maxillaire.

10 octobre. — Le malade fait enlever une racine de la première molaire supérieure gauche, incluse sous la muqueuse

20 octobre. — Suppuration continuelle très fétide. Orifice bucco-sinusal n'est pas resté fermé, la suture n'a pas tenu. Lavages nasaux.

Novembre 1902. — Va mieux depuis que l'orifice bucco-sinusal est redevenu largement perméable.

12 novembre 1902. — L'orifice nasal est introuvable, il paraît obstrué.

29 novembre 1902. — L'orifice naso-sinusal est complètement fermé. Cette oblitération paraît s'être faite rapidement surtout à partir du jour où l'orifice bucco-sinusal s'est rétabli.

En résumé, deux périodes :

1° Douloureuse, mauvaise, qui va depuis le jour de l'opération jusqu'au moment où la suppuration s'est faite par l'orifice bucco sinusal devenu perméable ;

2° Indolore, curative, par drainage à travers l'orifice bucco-sinusal.

En somme mauvais résultats de la méthode endo-nasale par oblitération de l'orifice opératoire naso sinusal pratiqué d'ailleurs avec trop d'économie. Résultats en faveur de l'opération endo-buccale qui facilite le drainage.

Observation n° 43. — Derv... Con..., 55 ans

Observation recueillie dans le service du Dr Sebileau (due à l'obligeance du Dr Lombard)

Sinusite maxillo-dentaire gauche par arthrite chronique de la première molaire supérieure gauche (racines non plongeantes). Cure radicale endo-nasale (Luc) (octobre 1901). *Sinus guéri en octobre* 1904.

---

5 octobre 1901. — Le malade, devant une rhinorrhée abondante unilatérale, se décide à faire pratiquer, sur le conseil d'un médecin, l'extraction de ses dents malades (racines de la première molaire supérieure). Il consulte ensuite à Lariboisière où on diagnostique la présence de sinusite maxillaire.

Devant l'insuccès de cette tentative, car le pus continuait à couler, il revient à Lariboisière pour se faire opérer.

Fin octobre 1901. — Opération de Luc.

Orifice bucco-maxillaire fermé par première intention.

Traitement post-opératoire à l'hôpital. Lavages pendant trois semaines par l'orifice naso-maxillaire.

Traitement post-opératoire extra-hôpitalier. Lavages intra-nasaux pendant trois mois.

Accidents post-opératoires. Otite moyenne par suite de lavages intra-nasaux. Elle dura trois mois.

Août 1902. — Le malade ne conserve plus que ses deux incisives dans la moitié gauche du maxillaire. Il est complètement guéri de son otite moyenne. Orifice bucco-sinusal introuvable. Mais *présence de croûtes,* donc résultats curatifs incomplets jusqu'à ce jour.

Octobre 1904. — Les croûtes n'ont disparu que ces derniers temps ; à peine quelques névralgies aux changements de température.

Conclusion. — En somme bons résultats, mais tardivement obtenus.

1° Indications relatives de la méthode endo-nasale ; 2° Accidents d'otite moyenne dus à des lavages septiques intra-nasaux nécessités par l'opération. Formation de croûtes pendant deux ans consécutifs. Guérison totale à peine obtenue trois ans après l'opération.

Observation n° 44. — Pet... Edg..., 30 ans

Observation recueillie dans le service du Dr Sebileau (due à l'obligeance du Dr Lombard)

Sinusite maxillo-dentaire droite par arthrite chronique de la première molaire supérieure droite (racines).

Méthode endo-nasale de Luc (novembre 1901). Guérison tardive (octobre 1904).

Antécédents. — En mai 1901, le malade a présenté des lésions de rhinite hypertrophique compliquées de sinusite frontale d'origine nasale (polypes du nez, suppuration non fétide).

Fin mai 1902. — Cure radicale de la sinusite frontale et ablation des polypes.

Histoire de la maladie. — Octobre 1901. — Le malade se plaint d'une rhinorrhée avec fétidité insupportable, très abondante à gauche ; on constate une sinusite maxillo-dentaire survenue à la faveur d'une arthrite simple de la première molaire sans poussées aiguës (racines).

Opération, 6 novembre 1901 (méthode de Luc). Orifice bucco-sinusal fermé par première intention.

Traitement post-opératoire. Lavages nasaux (eau boriquée).

Accidents post-opératoires : otite moyenne gauche purulente due probablement aux lavages du nez.

Erysipèle de la face.

Décembre 1901. — Suppuration très abondante du sinus maxillaire.

Persistance d'otite moyenne.

Janvier 1902. — Guérison de l'otite moyenne.

Diminution de la suppuration du sinus mais non suppression.

Cette persistance de la suppuration était due à une réinfection du sinus d'origine dentaire.

Après l'extraction de la racine (première molaire supérieure droite), la suppuration diminua beaucoup.

Janvier 1903. — Légère suppuration du sinus maxillaire.

Croûtes et mucosites très abondantes dans le nez.

Légers symptômes d'infections et troubles généraux.

Octobre 1904. — Bons résultats après lavages répétés pendant 10 à 12 mois.

Conclusion. — 1° Indication relative de la méthode endo-nasale ;

2° Accidents d'otite moyenne post-opératoires dus aux lavages septiques intra-nasaux nécessités par l'opération ;

3° Suppuration qui persiste encore 10 mois après le jour de l'opération ;

4° Formation des croûtes nasales, qui durèrent pendant deux ans.

Donc bons résultats, mais tardifs.

Complications post-opératoires nombreuses.

Observation n° 45. — Vve Ger..., 40 ans

Observation recueillie dans le service du Dr Sebileau

Sinusite maxillo-dentaire consécutive à arthrite chronique de la première molaire supérieure droite (kyste abcédé) ayant déterminé un empyème, puis une sinusite frontale fongueuse.

Opération endo-nasale de Luc (août 1903). Guérison (janvier 1904).

---

15 juin 1903. — Rhinorrhée fétide, unilatérale, symptomatique de sinusite maxillaire confirmée d'ailleurs par les signes ordinaires.

Juillet 1903. — Extraction d'une racine de la première molaire supérieure droite avec kyste abcédé.

Le traitement étiologique ne suffit pas et, devant la persistance des troubles fonctionnels, l'opération est décidée.

Août 1903. — Opération (Luc). Sinusite fongueuse, surtout au niveau de la paroi nasale. Curetage avec *large* brèche naso-maxillaire.

Orifice bucco-sinusal fermé par première intention.

Traitement post-opératoire. Lavages pendant un mois.

Avril 1904. — S'est trouvée bien jusqu'à cette époque et n'a suivi aucun traitement.

La malade est atteinte de coryza qui détermine une rhinorrhée assez fétide, mais passagère.

Septembre 1904. — Formation de croûtes fétides, mais encore passagères.

Résultats. — Octobre 1904. — Bons résultats, à part quelques croûtes fétides de temps à autre.

Observation n° 46. — Lal... Léo..., 28 ans

Observation recueillie dans le service du Dr Sebileau (due à l'obligeance du Dr Lombard)

Sinusite maxillo-dentaire consécutive à une arthrite de la première grosse molaire droite ayant déterminé un empyème, puis une sinusite frontale.

Opération endo-nasale (Luc) (juillet 1898). Sinus non guéri (janvier 1903). Perdu de vue (1904).

Début. — Abcès dentaire au niveau de la première grosse molaire, plombée : cette dent est atteinte de carie au quatrième degré, soignée pendant plusieurs semaines pour un abcès fistulisé, suppurant constamment dans le vestibule. Canaux de la dent soigneusement nettoyés avant plombage. Devant une rhinorrhée unilatérale, on diagnostique une suppuration du sinus qui est confirmée par les autres signes physiques. Elle est due à la dent malade encore, quoique plombée.

Bientôt la sinusite maxillaire est accompagnée de symptômes de suppuration frontale.

Troubles oculaires. Perte fonctionnelle de la vue.

Céphalées très vives et répétées.

Juillet 1898. — Opération de la sinusite maxillaire. Méthode de Luc.

Suture de l'orifice bucco-sinusal par première intention.

Curetage du sinus. Extraction de la dent causale.

Le traitement a consisté en tamponnements par le nez (2 jours) et lavages dans les fosses nasales.

Janvier 1903. — *Orifice nasal.* — Le malade souffre encore. Il se fait des lavages des fosses nasales qui ramènent du pus concret et fétide.

L'exploration au stylet montre un orifice naso-maxillaire petit. Présence de pus concret et fétide à son niveau. Le sinus paraît diminuer de capacité.

On constate les signes d'une pharyngite sèche avec légère cordite droite ; l'état général du malade est amaigri et présente des tendances à la bacillose.

En résumé, suppuration nasale persistante.

Mauvaise opération, parce que la méthode endo-nasale paraît avoir été pratiquée sur un mauvais terrain incapable de faire les frais d'une réparation nasale. Fétidité.

Observation n° 47. — Lec .. Loui.. , 30 ans

Observation recueillie dans le service du Dr Sebileau

Sinusite maxillo-dentaire droite par arthrite chronique de la première molaire supérieure droite compliquée de kyste apical (racine).

Cure radicale endo-nasale (Luc) (mai 1901). *Guérison (janv.* 1903).

Signes physiques de la sinusite maxillaire d'origine dentaire. Extraction de la racine (première molaire supérieure droite). Mais la suppuration sinusale continue.

Mai 1901. — Opération endo-nasale (de Luc) trois mois après.

Orifice bucco-sinusal suturé. Traitement post-opératoire : Lavages nasaux pendant six semaines.

La malade pratique les lavages sinusaux par le nez, pendant 14 mois.

Septembre 1902. — Croûtes nombreuses et fétides dans la fosse nasale.

Janvier 1903. — Plus de croûtes. Néanmoins, elle mouche plus abondamment du côté opéré. On constate la disparition du cornet inférieur, on voit le pharynx par l'intermédiaire des fosses nasales.

En résumé, bons résultats, mais croûtes encore persistantes *pendant un an* après la cure radicale.

Observation n° 48. — Man..., 76 ans

Observation recueillie dans le service du Dr Sebileau.
(due à l'obligeance du Dr Lombard)

Sinusite maxillo-dentaire due à une arthrite chronique de la première molaire supérieure gauche.

Opération endo-nasale de Luc (*octobre* 1900). *Réinfection probable du sinus d'origine dentaire* (1903).

Le malade présente des douleurs dentaires à gauche depuis un an, il mouche du pus du côté gauche. Une ponction pratiquée par le méat inférieur révèle la présence d'une sinusite. Dents en mauvais état (Renseignements rétrospectifs).

Octobre 1900. — Opération de Luc. Pendant un mois on pratique des lavages du sinus. Irrigations nasales.

Janvier 1903. — Sécrétion de pus fétide du côté opéré avec croûtes et douleurs dans la moitié correspondante de la face.

Absence de toutes les dents de la moitié supérieure gauche du maxillaire, mais présence d'une racine de la première molaire supérieure à qui l'on doit attribuer la suppuration sinusale actuelle.

En résumé, il y aurait lieu actuellement : 1° d'extraire la racine (le malade, âgé de 76 ans, refuse toute intervention) ; 2° de faire des lavages intra-sinusaux.

Nous pensons à une réinfection du sinus, due à la présence d'une racine infectée de la première molaire supérieure droite.

En résumé, cette opération ne peut entrer en ligne de compte dans notre statistique.

Observation n° 49. — Mout..., 30 ans

Observation recueillie dans le service du Dr Sebileau

Sinusite maxillo-dentaire consécutive à une arthrite compliquée d'un abcès de molaire supérieure, ayant déterminé une sinusite frontale.

Cure radicale endo-nasale (*Luc*) (*octobre* 1901). *Guérison* (*octobre* 1904).

Passé dentaire. Fluxions à répétitions au niveau des molaires supérieures et surtout à gauche.

Octobre 1901. — Sinus. Signes physiques de sinusite maxillaire.

Opération endo-nasale typique et suture bien faite de l'orifice bucco-maxillaire.

Irrigations nasales continuées pendant six mois.

Mars 1903. — Suites opératoires à peu près satisfaisantes, mais existence de suppurations nasales. Nombreuses croûtes de quantité variable suivant les jours, qui nécessitent l'emploi des lavages. Au stylet, on pénètre dans le sinus considérablement diminué dans ses dimensions ; quelques mucosités restent adhérentes. Orifice bucco-maxillaire complètement obturé.

Octobre 1904. — Suites toujours bonnes, quelques croûtes néanmoins une ou deux fois par semaine, mais tout va bien au dire de la malade.

Il faut remarquer un peu de sécheresse du cavum (rhinopharyngite). L'examen de la fosse nasale gauche la montre largement ouverte.

La malade a fait extraire trois molaires supérieures gauches qui s'étaient cariées très vite, en 15 mois environ.

Nous pensons qu'il y a eu mortification pulpaire de ces trois molaires, laquelle a entraîné des troubles trophiques et la destruction des dents.

En résumé, bonne opération, mais guérison extrêmement tardive qui ne survint que trois ans après l'opération.

Observation n° 50. — Vve Rou..., 40 ans

Observation recueillie dans le service du Dr Sebileau (due à l'obligeance du Dr Caboche)

Sinusite maxillo-dentaire gauche par arthrite chronique de la deuxième molaire supérieure gauche (kyste radiculaire suppuré) (racines plongeantes).

Opération endo-nasale (Luc) (avril 1903). Guérison (janvier 1904).

Mars 1903. — La malade se présente avec tous les signes d'une sinusite maxillaire chronique d'origine dentaire (2e molaire supérieure droite).

Avril 1903. — Opération endo-nasale avec large brèche naso-maxillaire.

Traitement post-opératoire. Lavages à l'eau boratée bi-quotidiens pendant un mois et demi.

10 juin. — La large brèche naso-maxillaire déterminée par l'ablation totale de la paroi nasale du sinus permet un drainage parfait.

Conclusion. — 30 juin. — Malade complètement guérie. Pas de croûtes fétides.

Cette observation met en lumière la nécessité d'une *large brèche* endo-nasale pour assurer un drainage plus parfait.

Bons résultats et rapides.

Octobre 1904. — Malade perdue de vue.

Observation n° 51. — Sal... Thé..., 25 ans

Observation recueillie dans le service du Dr Sebileau (due à l'obligeance du Dr Lombard)

Sinusite maxillo-nasale probable à droite (aucune lésion dentaire à droite).

Opération endo-nasale (septembre 1898). Sinus guéri (avril 1903).

Septembre 1897. — Le malade est pris de rhinorrhée unilatérale symptomatique d'une sinusite maxillaire.

On pratique pendant un an des lavages par un orifice alvéolaire, après l'extraction de la première molaire qui est saine (Méthode de Cooper).

Septembre 1898. — Néanmoins la sinusite passe à l'état chronique et la cure radicale est jugée nécessaire (Méthode endo-nasale typique).

Janvier 1903. — Le malade est complètement guéri, sans croûte ni fétidité.

En résumé, bons résultats.

Observation n° 52. — Pau... Val.. , 42 ans

Observation recueillie dans le service du Dr Sebileau (due à l'obligeance du Dr Lombard)

Sinusite maxillo-dentaire droite par arthrite chronique compliquée de nombreuses poussées aiguës, de la première molaire supérieure droite.

Cure radicale (*octobre* 1903). — *Guérison* (*octobre* 1904).

Mai 1903. — Rhinorrhée unilatérale très fétide ; infection nasale à gauche et à droite (polypes).

10 octobre 1903. — Extraction de la molaire en cause (arthrite des apex).

14 octobre 1903. — Une ponction par le méat inférieur ramène du pus du sinus maxillaire (Sinusite maxillaire).

15 octobre 1903. — *Opération de Luc typique.* — Fongosités très abondantes. Curetage et ablation totale de la muqueuse. Grand sinus.

Résection large de la paroi nasale du sinus après turbinotomie préalable.

Orifice bucco-maxillaire fermé par première intention.

Traitement post-opératoire. Pas d'accidents du côté de l'oreille.

Lavages cinq à six fois la première quinzaine. Le malade s'est peu soigné.

Octobre 1904 — L'orifice naso-maxillaire du côté opéré est largement ouvert encore.

Il se forme encore des croûtes fétides tous les matins jusqu'à ce jour, qui sont rejetées par expiration ou lavages du nez.

Conclusion. — Indication relative de la méthode endo-nasale. Formation de croûtes fétides encore un an après l'opération.

Le malade éthylique se soigne peu d'ailleurs.

Néanmoins assez bons résultats.

Observation n° 52 bis. — Lesn..., 30 ans

Sinusite maxillo-dentaire consécutive à arthrite chronique de la première molaire supérieure gauche.

Opération Luc (*octobre* 1901). *Guérison* (*janvier* 1903).

Le malade souffrait depuis plus d'un an d'un écoulement constant de la narine droite.

Mars 1899. — Il présente un chicot (première molaire supérieure) qui est le siège de poussées aiguës répétées. Traitement étiologique, trépanation de l'alvéole dentaire (Méthode de Cooper).

Mèche laissée quelques jours, clou, lavages tous les jours. Liquide sortant par le nez ; malgré lavages journaliers, puis injections iodées, la suppuration continue.

Octobre 1901. — Découverte d'un point de nécrose et nouvelle opération par le nez.

Opération de Luc. — Orifice bucco-sinusal fermé par première intention.

Guérison complète, janvier 1903.

Observation n° 53. — Rob... Mar...

Observation recueillie dans le service du Dr Sebileau

Sinusite maxillo-dentaire droite consécutive à une arthrite chronique compliquée (*abcès*) *de la première molaire supérieure droite.*

Cure radicale endo buccale (*Luc atypique*) (*août* 1899). *Perdue de vue* (*oct.* 1904).

Janvier 1898. — Maux de dents (première molaire supérieure droite). Extraction d'une des racines, effondrement de l'alvéole, lava-

ges dans le sinus (Méthode de Cooper). La malade conserve une fistule au bord inférieur de la paupière consécutive à un abcès dentaire qui perça en mars 1898.

(Cette fistule dura trois mois encore après l'opération de Luc).

Avril 1898. — Cure radicale endo-nasale (opération de Luc).

La suture de l'orifice bucco-sinusal opératoire ne tient pas en raison des lésions osseuses (fistule dentaire ayant déterminé une nécrose qui avait probablement envahi toute la paroi antérieure du sinus) (Renseignements rétrospectifs).

Janvier 1903. — L'orifice nasal présente de larges croûtes à ce niveau ; suppuration.

Les résultats seraient meilleurs si la malade faisait enlever les chiquots qui encombrent le côté opéré, car nous croyons à une réinfection du sinus par suppuration d'origine dentaire.

Octobre 1904. — Malade perdue de vue.

Observation n° 54. — Lou... Dub...

Observation recueillie dans le service du Dr Sebileau

Sinusite maxillaire gauche d'origine probablement nasale (Longue phase de sinusite latente).

Cure radicale endo-nasale de Luc (juillet 1901). Sinus guéri (octobre 1904).

Juillet 1901. — Passé dentaire ignoré. Absence de la première molaire supérieure droite et des trois molaires supérieures droites. Signes physiques et fonctionnels de sinusite maxillaire qu'on rattache à une cause probablement nasale.

Traitement : Opération de Luc atypique (l'occlusion de l'orifice buccale n'est pas complète au début).

Traitement post-opératoire hospitalier : pas de tamponnement ; lavages par l'orifice bucco-maxillaire resté perméable.

Traitement post-opératoire à domicile : irrigations (iodo-iodurées) intra-nasales pendant six mois.

Janvier 1903. — Orifice naso-maxillaire. Nombreuses croûtes, nécessitant des soins continuels et forçant actuellement encore la malade à

des lavages fréquents. L'orifice buccal est resté perméable environ un mois.

Octobre 1903. — Plus de suppuration ni douleurs, mais lésions atrophiques des cornets touchés pendant l'opération, provoquant sécrétion et croûtes gênantes, désagréables pour la malade. Pas de lésions du pharynx.

Octobre 1904. — Croûtes nasales ont complètement disparues. Pas de fétidité. *Bons résultats.*

En résumé, guérison lente après trois années de soins.

Observation n° 55. — Obe... Mar..., 30 ans

Observation recueillie dans le service du Dr Sebileau

Sinusite maxillo-dentaire gauche consécutive à une arthrite chronique simple de la première molaire supérieure gauche, infectée au quatrième degré. — Cure radicale endo-nasale (Luc atypique) (octobre 1901) ; guérison (novembre 1901). Passé dentaire chargé.

Juillet 1900. — *Début.* — Par écoulement nasal purulent et bientôt très fétide. Sinusite maxillo-dentaire d'emblée due à un 4e degré infecté (première molaire supérieure gauche).

Août 1900. — La dent est extraite par un dentiste qui pose un drain (méthode Cooper) dans l'alvéole trépanée. Lavages pendant un an.

L'extrémité supérieure du drain provoque une irritation de la muqueuse du sinus et détermine l'apparition de fongosités.

Examen des : *a*) Sinus. — Signes de sinusite chronique fongueuse ;

b) Dents et bouche. — A gauche le maxillaire supérieur est remarquable par absence de toutes les dents sauf de l'incisive centrale gauche et canine gauche.

Opération de Luc ; mais la suture de l'orifice bucco-sinusal ne tient pas.

Guérison très rapide (en quinze jours) de la plaie sinusale, mais persistance de l'orifice bucco-sinusal.

Janvier 1901. — Orifice buccal complètement fermé, l'orifice nasal est débarrassé de ses croûtes. La malade est pleinement satisfaite de son opération.

Conclusion. — Bonne opération, dont la rapidité de guérison doit être attribuée à la persistance de l'orifice bucco-sinusal après l'opération.

Observation n° 56. — Sil. . Hen...

Observation recueillie dans le service du Dr Sebileau (due à l'obligeance du Dr Lombard)

Sinusite maxillo-dentaire consécutive à une arthrite chronique de la première molaire supérieure gauche ayant déterminé un empyème, puis une sinusite frontale.

Cure radicale endo-nasale. Luc atypique (juillet 1899). Guérison constatée (janvier 1902).

Janvier 1899. — Le malade vient consulter à Lariboisière se plaignant de douleur au niveau de la fosse canine, de rhinorrhée abondante unilatérale ; d'autre part des troubles oculaires attirent l'attention du côté du sinus frontal qui est le siège de vives douleurs.

L'examen révèle la présence d'une sinusite frontale et d'une sinusite maxillaire dont on rattache la cause à des lésions de la première molaire supérieure gauche. Elle est réduite à des racines atteintes d'arthrite

Juillet 1899. — Cure radicale de Luc pour la sinusite maxillaire et cure radicale de la sinusite frontale.

Lavages du sinus quotidiens par l'intermédiaire des fosses nasales.

Au cours de ceux ci, on s'aperçoit que l'orifice bucco-sinusal est redevenu béant par suite de la rupture de la suture.

Octobre 1899. — L'orifice bucco-sinusal se ferme spontanément trois mois environ après l'opération.

Janvier 1903. — Le malade est revu. La guérison complète paraît obtenue depuis près d'un an.

Octobre 1904. — Les résultats se sont maintenus, aucune croûte, aucune douleur

En résumé, notons la rapidité avec laquelle s'est refermé l'orifice bucco-sinusal.

LAVAL — IMPRIMERIE L. BARNÉOUD & Cie.